

1^{re} Série. FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY N° 241).

DES
PRINCIPAUX MODES DE TRAITEMENT
EMPLOYÉS A LA CURE
DES KYSTES HYDATIQUES
DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 27 Décembre 1886, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Joseph-Constant TOUSSAINT

Né à Ognéville (Meurthe-et-Moselle)

NANCY

IMPRIMERIE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

1886



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555025_0040

1^{re} Série.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N^o 241).

DES

PRINCIPAUX MODES DE TRAITEMENT

EMPLOYÉS A LA CURE

DES KYSTES HYDATIQUES

DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Lundi 27 Décembre 1886, à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Joseph-Constant TOUSSAINT

Né à Ognéville (Meurthe-et-Moselle)

NANCY

IMPRIMERIE A. VOIRIN, RUE DE L'ATRIE, 23 BIS

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, V. PARISOT ✱, HERRGOTT ✱,
ROUSSEL ✱, DEMANGE ✱, BÉCHET.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, profess.
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.....	M. HECHT, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, profess.
Anatomie et Physiologie pathologiques.....	M. FELTZ ✱, professeur
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, profess.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, profess.
Clinique externe.....	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., profes.
Histologie.....	M. N..., profess.
Clinique interne.....	M. N..., professeur.
Clinique obstétricale et accouchements.....	M. N..., professeur.
	M. E. PARISOT, prof. adj.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SPILLMANN.	MM. ROHMER.	MM. GUÉRIN.
E. DEMANGE.	BARABAN.	NICOLAS.
A. HERRGOTT.	BAGNÉRIS.	RENÉ.
SCHMITT.	MACÉ.	VAUTRIN.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

[M. HEYDENREICH, *président* ; MM. CHRÉTIEN, E. PARISOT, VAUTRIN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations, qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance.

A MA FAMILLE

AMICIS

A mon président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

A première vue, il semble assez téméraire d'entreprendre un travail sur les kystes hydatiques du foie ; et si, malgré le nombre et la valeur des ouvrages parus jusqu'à ce jour, nous avons néanmoins choisi pour notre thèse inaugurale ce sujet d'études, c'est que nous y sommes engagé par plusieurs motifs.

Et d'abord, si l'on consulte les auteurs, on n'y trouve que l'exposé plus ou moins détaillé des différentes méthodes de traitement, sans indications qui doivent faire préférer tel ou tel procédé opératoire. Persuadé que tous les kystes du foie ne sont pas justiciables du même traitement, nous chercherons à préciser les indications. Nous serions assez heureux si nous pouvions attirer l'attention sur ce point qui nous paraît résumer la question si vaste des kystes hydatiques du foie.

En second lieu, nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique de M. Heydenreich un cas très remarquable par le succès de l'opération ; nous avons cru intéressant de l'explorer en détail, car si l'incision large des kystes parasitaires du foie est entrée franchement dans le domaine de la chirurgie étrangère, en France elle n'a été

acceptée qu'avec une réserve timide, et nombre de professeurs éminents lui refusent l'entrée dans leur pratique journalière.

C'est à M. le professeur agrégé Rohmer que nous devons l'idée de notre sujet ; l'opération a été faite par lui, alors qu'il suppléait M. le professeur Heydenreich retenu à Paris par le concours d'agrégation.

Après un court aperçu sur le développement des hydatides, nous exposerons les différents procédés opératoires qui se disputent la faveur des chirurgiens, nous examinerons leur valeur respective et nous chercherons à établir des conclusions.

Mais, avant d'entrer plus loin dans notre sujet, nous tenons à remercier Monsieur le professeur Heydenreich de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Que M. le professeur agrégé Rohmer reçoive ici l'expression de notre gratitude, pour les excellents conseils qu'il nous a donnés, et la bienveillance toute particulière qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études médicales.

CHAPITRE PREMIER

Développement des hydatides

L'histoire naturelle des hydatides est suffisamment connue dans ses traits essentiels. Nos recherches personnelles ne nous permettent pas d'ailleurs de nous prononcer sur les points encore controversés de leur développement. Aussi nous bornerons-nous à résumer en quelques mots leurs caractères généraux.

L'*hydatide* est une forme larvée du *Tœnia Echinococcus*, un des hôtes les plus habituels de l'intestin du chien.

Les eaux, souillées des déjections de cet animal, sont le véhicule qui amène les œufs du parasite, avec les aliments ou les boissons dans le tube digestif de l'homme.

Dès que l'action dissolvante du suc gastrique a débarrassé l'embryon de sa coque calcaire, ce petit être émigre dans l'épaisseur des tissus, se laisse charrier dans les vaisseaux sanguins, et, parvenu dans les profondeurs de l'organisme, jette l'ancre de ses crochets provisoires et commence à s'accroître.

Le mode même de migration de l'embryon *hexacanthé*, les voies navigables qu'il rencontre (principalement la veine porte),

expliquent suffisamment que le parenchyme hépatique soit son séjour de prédilection.

L'embryon perd ses crochets et devient bientôt une vésicule volumineuse ou *hydatide* ou vésicule hydatique. Cette hydatide renferme un liquide hyalin dépourvu d'albumine et une double membrane.

La couche externe, la plus épaisse, est formée de nombreuses *strates* d'une substance translucide et élastique : c'est la *membrane hydatique*.

La couche interne ou *membrane germinale* est constituée par un amas de granulations plasmatiques.

Aux strates de la membrane hydatique sont parfois interposés des amas plus ou moins étendus de granulations semblables à celles de la membrane germinale, et doués comme cette dernière d'un rôle essentiellement actif.

A leurs dépens naissent des vésicules secondaires ou vésicules filles présentant la même structure que la vésicule hydatique elle-même. Les vésicules secondaires tendent à s'échapper de l'épaisseur de la membrane où elles ont apparu. Selon qu'elles rencontreront une plus grande résistance du côté interne ou du côté externe, par suite de l'épaisseur des strates qui les séparent de l'une ou l'autre des faces d'une part, par suite aussi de la tension qui tend à les comprimer dans un sens ou dans l'autre, les vésicules secondaires feront éruption dans la cavité même de l'hydatide, ou bien en dehors d'elle. Le premier cas est de beaucoup le plus fréquent. Le second cas, bien plus rare, constitue les kystes hydatiques à vésicules exogènes.

Des vésicules de troisième, de quatrième ordre et ainsi de suite peuvent naître par le même procédé aux dépens des vésicules d'ordre moins élevé.

Quelle que soit la catégorie à laquelle elles appartiennent, ces vésicules se composent d'une membrane hydatique externe et d'une membrane germinale interne. A un moment donné et qui ne semble pas d'ailleurs être déterminé chez toutes les larves par des conditions identiques, qui peut précéder toute formation de vésicule filles, il se forme des vésicules d'une autre nature, appelées *vésicules prolifères*. Celles-ci ne naissent plus dans l'épaisseur de la membrane hydatique, mais bien dans la membrane germinale des hydatides de l'ordre le plus élevé qui existe au moment de leur apparition, sur les hydatides de quatrième ordre s'il en existe, à leur défaut sur celles de troisième, de deuxième ordre, et même dans certains cas sur la vésicule-mère qui n'a pas proliféré.

L'origine spéciale des vésicules prolifères entraîne dans leur structure une différence profonde à l'égard des vésicules hydatiques.

Nées de la membrane germinale, elles sont surtout formées de substance granuleuse. Un diverticulum de la membrane hydatique pénètre pourtant dans leur cavité, en sorte qu'elles présentent encore une membrane germinale et une membrane hydatique. Seulement la situation réciproque, comme l'épaisseur relative de ces zones, est précisément l'inverse de ce que nous avons observé dans les vésicules hydatiques.

C'est dans la vésicule prolifère que se forment les échinocoques par un phénomène assez compliqué de bourgeonnement de la paroi. Outre les échinocoques qui représentent chacun un petit *toenia* invaginé pourvu de ventouses et de crochets, on trouve des bourgeons plus grêles et plus allongés qui représentent des échinocoques avortés.

Nous voyons, par ces courtes données, que l'apparition des échinocoques est un phénomène tardif. Le stade correspondant à leur naissance peut même être indéfiniment reculé, même

chez des hydatides bien vivantes, par une formation indéfinie de vésicules filles et petites-filles emboîtées les unes dans les autres. Une vésicule énorme et très vivace peut donc parfaitement être dépourvue de crochets et constitue ce que l'on est accoutumé depuis Laënnec à appeler un *acéphalocyste*; c'est peut-être un cas de ce genre que nous avons observé, l'analyse faite par M. le professeur Baraban n'ayant pas démontré la présence de crochets.

Les kystes hydatiques simples sont ceux que l'on observe le plus fréquemment; la tumeur à échinocoques multiloculaires, fort peu connue du reste, est rarement observée en France. Lorsque le praticien tombe sur un cas de ce genre, il a beaucoup de chances d'insuccès, qu'il opère par l'incision aussi bien que par les autres méthodes.

En Allemagne, Leisrink (1) a observé, chez un homme âgé de 36 ans deux kystes isolés; il les a opérés tous deux à un mois d'intervalle et il a obtenu un plein succès. Son malade, opéré pour la première fois le 15 octobre 1882, pour la seconde fois le 23 novembre, a quitté l'hôpital le 15 janvier 1883, c'est-à-dire après un traitement de 92 jours, avec augmentation du poids du corps et se portant bien.

La plus grande partie des récidives apparentes peuvent être attribuées à la présence des kystes multiples ou des hydatides filles; la ponction de l'hydatide mère procure une guérison de plusieurs mois, mais, si les hydatides filles se développent ensuite, on peut croire à une récidive. Ce processus doit se rencontrer souvent; quand la guérison survient à la suite d'une ponction simple, c'est qu'il n'y avait pas d'hydatides filles, mais un seul kyste hydatique; on peut, au contraire, dire que les hydatides filles existaient, lorsque la poche paraît se remplir au bout de plusieurs mois.

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1882.

Le traitement, avons-nous dit, résume la question des kystes hydatiques. En effet, car si, en parcourant les auteurs, on trouve un ou deux cas de guérison sans intervention de l'art, ce n'est qu'une exception, et il n'en reste pas moins avéré que l'intervention directe est la règle.

On s'est d'abord efforcé d'amener par des moyens variés la mort des hydatides, puis on a dû s'occuper du cas où, le mode de traitement ayant échoué, le kyste devenait le siège de phénomènes inflammatoires qui avaient pour effet d'amener la suppuration de son contenu. La scène à partir de ce moment change ; au lieu d'un liquide dont l'action sur le parenchyme hépatique était presque nulle, il s'est formé une collection purulente, qui là, comme dans tous les points de l'économie, cherche à s'ouvrir un passage, soit au dehors, soit dans une des cavités naturelles avoisinantes.

Le pronostic des kystes du foie est fort sérieux, car il faut compter avec les mauvaises chances, et elles sont nombreuses, de la rupture des kystes, de leur ouverture dans le thorax, dans le péritoine, dans les voies biliaires, etc. ; nous verrons comment le traitement peut conjurer ces graves dangers et rendre le pronostic favorable.

Le traitement médical étant un traitement palliatif, en face d'un kyste hydatique du foie assez développé, l'intervention chirurgicale sera la règle.

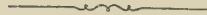
Sans entrer dans les divisions proposées par les auteurs, nous classerons les kystes du foie en deux grandes catégories :

- 1° Les kystes de la face convexe ;
- 2° Les kystes de la face concave.

Cette division n'est rien moins que scientifique, mais elle est avantageuse pour l'exposé des différents traitements que nous avons en vue. Ainsi donc :

D'une part, différents modes de traitement s'adressant de préférence aux kystes hydatiques de la face convexe ;

D'autre part, différents modes de traitement concernant particulièrement les kystes hydatiques de la face concave.



CHAPITRE II

Opération des kystes de la face convexe.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Le foie est la plus grosse glande de l'économie, il occupe tout l'hypochondre droit (1) qu'il remplit complètement, s'avance dans la région épigastrique et jusqu'à l'hypochondre gauche. Supérieurement, le diaphragme, auquel il est suspendu par le ligament coronaire et le ligament falciforme, se moule sur sa face convexe, et ces deux organes, pendant les mouvements respiratoires, ne se quittent jamais. En sorte que le foie, s'abaissant et s'élevant avec le diaphragme, est toujours en locomotion. Il résulte de là que ses rapports avec les parties qui l'avoisinent subissent des variations, légères, il est vrai, à l'état physiologique, mais qu'il importe cependant de bien préciser. Habituellement le bord tranchant ou inférieur du foie ne dépasse pas les fausses côtes dans la position horizontale et dans les inspirations ou expirations prolongées.

(1) RICHEL. — *Anatomie chirurgicale*.

Le bord supérieur du foie n'est séparé de la face inférieure du poumon droit que par le diaphragme, et ce rapport explique comment des kystes du foie ont pu se faire jour dans la cavité pleurale et même dans les bronches pour être évacués par les bronches. D'autre part, l'extrême mobilité du plan musculaire auquel il est suspendu permet de comprendre comment, dans les épanchements pleurétiques considérables, il peut se trouver refoulé jusque dans la zone ombilicale.

Le ligament falciforme ou suspenseur du foie établit une ligne de démarcation entre le lobe droit et le lobe gauche ; ce lobe entièrement privé de la protection des côtes est plus exposé aux contusions, et certains auteurs ont expliqué ainsi la plus grande fréquence de kystes hydatiques dans le lobe gauche.

La face inférieure ou face concave du foie repose sur la masse intestinale. C'est par elle que pénètrent et sortent tous les vaisseaux et nerfs.

M. Gros (1) d'Alger, par des recherches faites sur 7 malades atteints de kystes hydatiques du foie, a cherché à préciser les points qui permettent de pénétrer dans la cavité abdominale sans traverser la plèvre ni léser le poumon.

Il a déterminé une zone ayant pour base une ligne s'étendant de l'extrémité antérieure de la treizième côte à 2 centimètres de la douzième, et dont le sommet était formé par l'extrémité antérieure du septième espace intercostal. Cette zone va en s'élargissant de haut en bas et d'avant en arrière ; elle permet d'atteindre un kyste du foie en ne traversant que les attaches musculaires du diaphragme dans les septième et huitième espaces intercostaux, ou les fibres communes du diaphragme et du transverse de l'abdomen dans les neuvième, dixième, onzième espaces.

(1) Gros. — *Revue de chirurgie*, 1881.

Cette zone étroite en haut est très large inférieurement ; elle a une étendue transversale de 6 centimètres dans le neuvième espace et de dix centimètres dans le dixième espace intercostal.

En percutant la région hypochondriaque aux deux temps de la respiration, Gros a constaté les déplacements considérables du poumon dans la cage thoracique pendant les mouvements étendus.

En percutant sur la ligne axillaire à la fin d'une longue inspiration, la sonorité existe jusqu'au dixième espace intercostal ; par contre, à la fin d'une longue expiration, il y a matité hépatique remontant jusqu'au septième ou sixième espace.

En percutant sur la ligne mamillaire dans le sixième espace, on trouve de la sonorité dans l'inspiration, de la matité hépatique dans l'expiration. D'après des expériences fréquemment répétées devant ses élèves, Gros est amené à conclure qu'il y aurait indication pour ne pas blesser le poumon, à ne ponctionner dans le sixième espace et au dessous qu'à la fin d'une longue inspiration.

Comme conclusions pratiques, on peut dire :

1° Si la fluctuation existe dans un des points de la zone indiquée, c'est ce point que l'on devra choisir pour ponctionner, à l'exclusion des points situés en dehors de cette zone, alors même que la fluctuation y serait également perçue.

2° Dans tous les cas où la fluctuation n'existera que dans la partie de la paroi qui recouvre la plèvre, on devra, pour éviter la lésion du poumon, tenir compte des mouvements d'ascension de l'organe dans les deux temps de la respiration, et ne plonger l'aiguille dans le thorax qu'après avoir fait faire au malade une expiration profonde et prolongée.

De tout temps, le péritoine a été la pierre d'achoppement des chirurgiens, aussi bien dans le traitement des kystes du foie, que dans le traitement des kystes de l'ovaire. Aussi se sont-ils évertués à prévenir, par des procédés plus ou moins ingénieux, le passage du contenu kystique dans le péritoine. Éviter la péritonite consécutive à l'opération, tel est encore le point capital qui a fourni le principe des adhérences préalables entre le kyste et les parois abdominales. Nous nous proposons, dans ce chapitre, de les passer en revue et d'examiner les résultats obtenus.

I

Procédé de Récamier.

Guidé par la pratique de Graves pour les abcès du foie, Récamier imagina d'abord un premier procédé qui porte son nom.

Pour obtenir des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, Récamier procédait de la façon suivante :

Applications successives de potasse caustique, de pâte de Canquoin ou bien électro-poncture.

Sitôt les adhérences établies, on fait la ponction avec un gros trocart, ou bien on pratique une large incision qui donne passage au liquide et aux membranes.

Tous les jours, on fait à l'intérieur du kyste des lavages appropriés et on cherche à obtenir sans accidents le retrait graduel de la cavité.

A ses débuts, cette méthode a été assez mal accueillie, puis elle est devenue pour ainsi dire classique ; elle a été appliquée un grand nombre de fois ; aujourd'hui même encore, elle possède un certain nombre de défenseurs.

Ce procédé a donné des résultats, nous nous plaisons à le reconnaître, mais à ces résultats que nous voulons bien enregistrer, combien d'insuccès ne pourrait-on pas opposer !

Tantôt, par l'application même du caustique, c'est une péritonite qui se déclare ; tantôt la péritonite éclate, parce que les adhérences n'étant pas suffisantes, une partie du contenu du kyste s'est répandu dans la cavité péritonéale (1).

Dans d'autres cas enfin, l'opération a assez bien réussi, mais l'occlusion de la plaie ne se fait pas, il en résulte des suppurations interminables, et, la plupart du temps, le malade tombe dans une cachexie profonde, et meurt sous le coup de la septicémie ou de l'infection purulente.

Il est évident, du moment où le pus existe, qu'il faut lui donner une issue à l'extérieur.

Mais combien faut-il de cautérisations, et surtout combien faut-il de jours pour obtenir, entre la paroi du kyste et celle de l'abdomen, des adhérences assez solides et assez étendues, pour que la poche puisse être ouverte avec sécurité ? Doit-on attendre huit jours, dix jours, quinze jours, vingt jours et plus, avant de plonger le bistouri ? Vaut-il mieux ne pas inciser du tout, et cautériser jusqu'à ce que l'eschare, comprenant la paroi kystique, se détache et ouvre ainsi la cavité ! Ce serait peut-être le plus sûr, mais il y a souvent urgence. Quand la poche est très distendue, elle peut d'un instant à l'autre s'ouvrir dans le péritoine, pendant les quatre ou cinq semaines, qui seraient peut-être nécessaires pour arriver à ce résultat.

D'après les expériences de Gosselin (2), on peut établir qu'il faut six ou sept cautérisations au moins, dans l'espace de dix à douze jours pour obtenir les adhérences ; si rien ne presse, mieux vaudrait encore attendre jusqu'au quinzième jour.

(1) GOSSELIN. — *Clinique chirurgicale*.

(2) *Clinique chirurgicale de la Charité*.

Le point délicat est d'être bien certain, quand on se dispose à inciser, que la cavité péritonéale ne va pas être ouverte.

Donnons des chiffres.

D'après le tableau dressé par Hauxley (1), on voit que les décès s'élèvent à 36 pour 100, l'emportant de 10 unités sur les procédés les plus meurtriers.

Cette opération est, avant tout, trop hasardeuse, pour entrer dans la pratique vulgaire.

II

Injectons de bile.

Auguste Voisin (2), dans le service de Tardieu, a expérimenté les injections de bile dans le kyste après adhérences préalables à la paroi abdominale. Le sujet est une femme âgée de cinquante-trois ans. Voici comment il a opéré :

Applications successives du caustique de Vienne, dans l'espace intercostal de la huitième et de la neuvième côte. Lorsque l'eschare est produite, ponction dans le milieu avec un gros trocart à canule assez longue. Le liquide écoulé, injection dans la poche kystique de bile de bœuf, en n'employant que la quantité continue dans une vésicule biliaire.

La présence de la bile ne produit chez le malade aucune douleur, on laisse dans le kyste une assez grande quantité de liquide. La canule laissée en place, l'orifice bouché, est maintenue au moyen d'un fil enroulé autour du thorax et d'une ceinture de diachylon.

(1) HAUXLEY. — *Gazette médicale*, 1886.

(2) *Gazette médicale*, 1889, t. X.

Quelques douleurs. P. : 120. T. : soir 38,7, matin 38.

Nouvelle injection de bile. — Dans l'espace de cinq semaines, Voisin pratique sept à huit injections de bile ; le liquide qui sort du kyste à la fin est jaunâtre et d'une odeur fade. La malade meurt au bout de la sixième semaine.

Ainsi qu'on peut le voir, l'injection de bile ne provoque aucune douleur ; à peine peut-on signaler une légère élévation de température et une certaine fréquence du pouls ; mais nous croyons que l'état d'affaiblissement de la malade suffit à expliquer les quelques phénomènes indiqués.

Attirons l'attention sur ce fait assez important : c'est que, pendant toute la durée du traitement par les injections de bile, on n'a pas observé un seul moment le moindre symptôme d'infection putride. Ce fait indiquerait donc dans la bile un principe qui pourrait amener la guérison spontanée du kyste dans le cas où la bile y parviendrait par une voie quelconque.

Cadet de Gassicourt (1) relate, dans sa thèse inaugurale, un kyste guéri spontanément par la rupture d'un canal biliaire et épanchement consécutif de la bile dans la poche kystique. Toutefois, il faut l'avouer, ce sont là des faits exceptionnels sur lesquels il ne faut pas compter. D'ailleurs il faut reconnaître que, dans beaucoup de cas, le chirurgien ne peut agir avec autant de lenteur.

Ces injections n'ont pas, il est vrai, le danger des injections iodées, elles sont rarement douloureuses, mais, dans tous les cas, elles se sont montrées insuffisantes.

(1) CADET DE GASSICOURT. — Thèse de Paris.

III

Injections iodées.

En 1852, Boinet et Messenet (1) ont employé ces injections en se servant aussi d'un trocart ordinaire.

L'opéré de Boinet a succombé.

Jobert pratiquait dans la tumeur, à quelque temps d'intervalle, des ponctions successives avec un trocart de dimension moyenne, dans le but de provoquer l'inflammation du sac. Comme l'ouverture est assez large pour ne pas se refermer immédiatement après l'ablation du trocart et que le liquide pourrait s'épancher dans le péritoine, Jobert laisse la canule en place pendant 24 heures, afin de donner à la poche le temps de se vider le plus complètement possible.

Aran a songé à combiner la méthode de Jobert à celle de Boinet.

Il se sert d'un trocart uniquement pour vider le sac et de l'injection pour développer la phlegmasie des parois. Pour cela il faut un trocart dont la canule puisse être retirée immédiatement après la sortie du liquide, sans que celui-ci ait chance de s'écouler dans la cavité péritonéale. Cet instrument paraît tout trouvé, c'est le trocart capillaire.

A peine la canule est-elle enlevée que l'ouverture se referme ; s'il reste encore du liquide dans la poche, il y demeure enfermé et l'inflammation qu'entraîne ordinairement le séjour prolongé de l'instrument et la pénétration de l'air ne peut se développer.

Aran (2), dans son mémoire, publie deux cas. Dans une des deux observations, il a pratiqué dix ponctions successives, à

(1) *Gazette médicale*, 1852.

(2) ARAN. — *Mémoire*, 1855.

l'aide desquelles il vidait autant que possible le foyer. Ces ponctions étaient séparées par des intervalles variables, que déterminait le plus ou moins de rapidité avec laquelle le kyste se remplissait. Après la dixième ponction, il a injecté un mélange de 50 gr. de teinture d'iode additionnée d'une quantité égale d'eau distillée, avec addition de 4 gr. d'iodure de potassium.

Le liquide fut abandonné entièrement dans le kyste et un bandage appliqué autour du corps, en ayant soin de serrer assez fortement.

Dans la journée même, les symptômes d'iodisme se manifestèrent d'une manière intense (coryza, fosses nasales sèches d'abord, puis laissant écouler un liquide aqueux; diurèse, chaleur de la face, élévation du pouls, etc.) Ces symptômes durèrent vingt-quatre heures et disparurent peu à peu.

En résumé : Entré à l'hôpital le 11 août 1852, ponctionné pour la première fois le 12, soumis à l'injection iodée le 5 janvier 1853, le malade est sorti le 10 mars. La durée totale du traitement a donc été de 7 mois.

Dans le second cas (1), Aran n'a fait qu'une ponction (1^{er} août 1854). L'injection iodée est pratiquée immédiatement après. Au bout de quatre à cinq heures, douleur de l'hypochondre et de l'épaule du côté droit, la fièvre s'allume. Tartre stibié pendant plusieurs jours, purgations, sangsues à l'hypochondre droit.

Vers le 10 août, les accidents se calment.

Le 1^{er} septembre, il reste encore un peu de sensibilité à la pression entre les dernières fausses côtes; niveau de la matité hépatique descendu par en haut, très peu en bas; le malade n'est sorti de l'hôpital qu'après un temps assez long.

Ces différents traitements sont passibles de plusieurs reproches.

(1) ARAN. — *Mémoire*, 1855.

D'abord, si l'on enlève la canule tout de suite, on s'expose presque fatalement à laisser pénétrer du contenu kystique dans la cavité péritonéale, d'où péritonite.

D'autre part le chirurgien n'est pas à l'abri de cette terrible complication en laissant la canule à demeure pendant 24 heures ou plus, car il est à peu près impossible de prévoir le temps nécessaire aux adhérences.

Enfin le procédé d'Aran ne semble pas devoir donner des résultats absolument satisfaisants ; ainsi que nous l'avons vu par les deux cas qu'il rapporte dans son traité, il est loin d'avoir obtenu un succès complet.

Le premier malade est resté pendant sept mois en traitement ; puis il faut en outre signaler cette complication d'iodisme qui s'est également manifestée chez le second malade. Aran ne dit pas au bout de combien de temps le second fut en état de quitter l'hôpital.

Ce traitement, dit Dolbeau (1), est excessivement douloureux, puis il y a à redouter des dépôts d'albumine et d'iode.

C'est donc un traitement à laisser de côté, et tout chirurgien prudent devra y renoncer ; s'il a provoqué parfois la *suppuration* du kyste, et quand néanmoins la guérison a été obtenue, on s'est cru autorisé à conclure que le moyen avait été bon. Soyez sûrs qu'il n'a réussi qu'après avoir fait naître des dangers, et que ces dangers, dans bien des faits qui n'ont pas été publiés, se sont terminés par la mort. Il ne faut donc pas exposer volontairement à la suppuration et à toutes ses conséquences une cavité de ce genre.

(1) DOLBEAU. — Thèse de Paris.

IV

Ponction simple.

La ponction simple, sans adhérences préalables, peut se faire avec un gros trocart, ou avec un trocart explorateur, ou bien encore avec un trocart de petite dimension.

Borgherini (1) pense qu'en crevant la vésicule de l'hydatide, et en lui enlevant une petite partie de son eau, on peut amener sa mort. Ainsi, suivant lui, il suffirait de retirer de deux à six grammes avec la seringue de Pravaz. L'hydatide crevée meurt, et ses produits nécrobiotiques se résorbent peu à peu. Cette opinion, on le sait, repose sur des faits incontestables, mais qui n'en restent pas moins des exceptions.

Ce procédé consiste à faire des ponctions multiples successives avec des trocarts de divers calibres, de manière à obtenir l'évacuation plus ou moins complète du contenu.

Ce procédé a obtenu quelques succès ; de nos jours encore, il possède certains défenseurs ; mais, néanmoins, il ne s'est pas généralisé, car la crainte d'une péritonite due au passage du liquide dans le péritoine, a rendu les chirurgiens très circonspects devant l'emploi de ce procédé :

Supposons, en effet, qu'après avoir diagnostiqué, avec toute la certitude possible, un kyste hydatique du foie, on fasse une ponction dans l'abdomen. Le trocart est en place, rien ne s'écoule. Le chirurgien peut interpréter ce fait de deux façons : ou bien de fausses membranes obturent la lumière de la canule, et le liquide est trop épais pour couler au dehors ; ou bien peut-être le trocart n'a-t-il pas pénétré assez profondément jusqu'à la collection liquide.

(1) POULET. — *Revue de chirurgie*, 1886.

Le chirurgien impatient presse la tumeur, pousse plus avant le trocart, espérant faire sourdre la goutte de liquide attendue, et souvent malaxe la tumeur. Ces manœuvres intempestives ont souvent pour résultat une péritonite immédiate.

Les partisans de cette méthode se retrancheront derrière ce point. Si la ponction simple ne réussit pas toujours, du moins elle a souvent pour avantage de lever un doute ou de confirmer un diagnostic. C'est, en un mot, une ponction exploratrice. On a parlé souvent, en effet, pour les kystes du foie comme pour ceux des autres régions, de ponctions exploratrices, consistant à faire une piqûre avec un trocart, à regarder si du liquide s'écoulait, et, après avoir vu s'en échapper une petite quantité, à retirer la canule en laissant le kyste rempli.

Cette manière d'agir est très dangereuse ; elle a le grand inconvénient de laisser du liquide dans la poche, et ce liquide pourrait, le jour même de l'opération, tomber dans la cavité péritonéale, et amener une péritonite promptement mortelle. On se garde bien de publier tous les faits de ce genre, mais on peut en lire un cas très probant qui a été publié en 1859 par Moissenet (1). M. Gosselin (2) s'est fait le défenseur de la ponction simple avec l'aiguille fine :

« La ponction simple peut, dit-il, agir en provoquant la guérison par un mécanisme analogue à celui suivant lequel a lieu quelquefois la guérison spontanée.

« D'abord elle supprime le liquide de la poche principale, et celui de quelques-unes des poches incluses qui ont été touchées par l'instrument ; puis l'évacuation permet la rétraction du kyste, la mort des autres vésicules hydatiques, leur affaissement après rupture et effusion de leur contenu dans la poche principale déjà rétractée, où il peut se résorber, le mélange de

(1) MOISSENET. — *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 161.

(2) GOSSELIN. — *Clinique chirurgicale de la Charité*.

ces restes d'hydatides avec une matière grasse secrétée par la membrane adventicée ; et bref, la substitution d'une tumeur athéromateuse ratatinée, indolente, non susceptible d'accroissement, à la tumeur volumineuse et incessamment croissante que formaient les hydatides vivantes. Chercher à provoquer cette transformation en imitation d'un procédé que la nature emploie, c'est faire courir au patient la bonne chance de guérir par la voie la moins dangereuse, qui est celle de la non suppuration. »

L'autorité de M. Gosselin est grande et certes ce n'est pas nous qui oserions attaquer de plein front sa théorie ; heureusement que lui-même a porté les premiers coups, car il dit un peu plus loin :

« Je voudrais pouvoir confirmer par beaucoup de faits probants cette opinion, que la ponction simple faite une seule ou plusieurs fois, a réussi par le procédé anatomo-physiologique dont je viens de parler, c'est-à-dire que je voudrais pouvoir vous montrer des kystes athéromateux, stationnaires depuis plusieurs années sur des sujets qui auraient été traités longtemps auparavant de kystes hydatiques du foie par des ponctions plus ou moins réitérées. Mais je possède peu de faits de ce genre, et je pense que les annales de la science n'en renferment pas beaucoup. »

La ponction simple, nous ne chercherons pas à le nier, peut revendiquer certains succès. Mais sont-ils nombreux ? Nous croyons que bien souvent, pour ne pas dire la plupart du temps, les malades opérés par ce mode de traitement ne sont pas tenus assez longtemps en observation ; un malade sort de l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison, il ne donne plus de ses nouvelles et souvent, lorsque la guérison n'est pas complète, il a recours à un autre praticien, de sorte qu'il est très difficile de savoir le résultat exact ; souvent on présume guéris des malades qui ne le sont pas.

D'autre part, l'on pourrait opposer beaucoup d'insuccès, malgré le soin avec lequel on cache le résultat malheureux de ces opérations. Tout récemment encore, un jeune officier traité par cette méthode était brusquement emporté malgré les soins les plus éclairés. (1)

En dernier lieu, chez certains sujets morts qui ont présenté à l'autopsie ce kyste athéromateux, peut-on affirmer que la transformation ait été spontanée, ou qu'elle ait été provoquée par des ponctions ?

Si nous examinons les résultats fournis par la pratique de M. Gosselin, nous croyons devoir conclure, que ce procédé n'est pas encourageant ; souvent il ne réussit pas à assurer la guérison, puis enfin trop de fois la mort a été le résultat final de l'opération, et tout chirurgien prudent devra y renoncer.

V

Electrolyse.

Dans ces derniers temps, les médecins Anglais ont appliqué l'électrolyse au traitement des kystes hydatiques.

En France, Henrot de Reims (2) l'a employée aussi avec succès chez un malade atteint d'un vaste kyste hydatique du foie avec douleurs continuelles, perte d'appétit, cachexie profonde.

Une seule séance de l'électrolyse capillaire, de deux minutes de durée, avec trente éléments de la machine de Gaiffe, le pôle positif communiquant avec la cavité et le pôle négatif appliqué sur la cuisse, suffit pour amener la guérison.

(1) MILLARD. — *Gazette hebd. de méd. et chir.*, novembre 1886.

(2) HENROT. — *Revue de chirurgie*, 1885.

Aussitôt après l'opération, les douleurs insupportables qui minaient le malade cessèrent comme par enchantement. Depuis deux ans, la guérison ne s'est pas démentie.

D'après l'auteur, l'électrolyse capillaire, c'est-à-dire celle où l'aiguille est remplacée par une canule qui reste libre, présente les avantages suivants :

1° Elle supprime immédiatement les douleurs.

2° En évacuant une partie du liquide, elle permet à l'action chimique de s'exercer d'une façon plus active sur un liquide à faible tension.

3° Elle permet pendant le passage du courant la sortie de la mousse résultant de la décomposition chimique de l'eau qui entre dans la constitution du liquide kystique.

4° Elle tue l'hydatide et transforme une substance à marche progressive constamment envahissante en une poche indifférente, se durcissant et se rétractant sans amener la moindre gêne fonctionnelle.

Elle amène la guérison définitive du kyste sans faire courir au malade les dangers d'une opération grave, et les conséquences d'une longue opération.

Ce procédé extrêmement remarquable par sa simplicité n'a pas été beaucoup appliqué en France ; le cas de Henrot est probablement le seul fait de ce genre publié en France. Les médecins Anglais rapportent plusieurs cas de guérison après des séances de diverse durée.

On ne saurait trop engager les tentatives dans cette voie, car ce procédé réunit certainement, s'il peut assurer des succès avérés, toutes les qualités désirables à un procédé de pratique courante.

VI

Ponction capillaire par aspiration.

Dieulafoy en 1870 (1) amena une révolution complète par sa méthode, dite d'*aspiration*. Vantée outre mesure par quelques chirurgiens, complètement délaissée par d'autres, il importe d'examiner quels avantages elle a pu procurer, comme aussi de rechercher les griefs qui lui sont imputables.

Il nous paraît superflu d'exposer ici cette méthode. Dieulafoy a publié d'une façon remarquable, avec des détails très minutieux, la méthode qui porte son nom, ainsi que les procédés employés par lui. Hâtons-nous de reconnaître que cette méthode compte de très nombreux succès, mais aussi il faut avouer qu'elle a été employée à elle seule autant que tous les autres procédés.

Enthousiasmé par ses succès, Dieulafoy pense que l'on peut, par ce procédé, traiter tous les kystes qui se présentent.

On a formulé néanmoins, contre la ponction capillaire, plusieurs reproches plus ou moins fondés.

1° On a accusé la ponction aspiratrice de transformer un épanchement séreux en épanchement purulent.

2° Dans bien des cas, la ponction aspiratrice s'est montrée insuffisante.

3° La ponction aspiratrice a été suivie plusieurs fois d'accidents plus ou moins graves, on a même cité des cas où le dénouement a été fatal.

4° Il est des cas particuliers où il faut intervenir plus rapidement, et où la ponction n'est qu'un faible palliatif.

(1) DIEULAFOY. — *Traité complet de l'aspiration*.

Nous rapporterons un certain nombre d'observations à l'appui des reproches que nous venons d'avancer.

Tout d'abord, il faut établir deux opérations distinctes dans le procédé Dieulafoy :

Une première opération consiste dans la ponction exploratrice.

La seconde opération est la ponction évacuante.

La première opération, en s'entourant de toutes les précautions recommandées par Dieulafoy, (précautions antiseptiques, choix rigoureux de l'aiguille capillaire, vide préalable dans l'appareil, progression lente à travers les tissus), nous semble exempte de dangers ; malgré nos nombreuses recherches, nous ne pouvons pas citer d'accidents graves imputables à cette simple piqure. Certains auteurs ont voulu néanmoins l'incriminer et expliquer par action réflexe les rares accidents survenus à la suite de cette première opération. Pour notre compte, nous acceptons difficilement cette explication.

En résumé, la ponction exploratrice faite dans les conditions indiquées plus haut, nous paraît exempte de dangers et susceptible de fournir des avantages sérieux, notamment la confirmation d'un diagnostic incertain, renseignements sur la qualité du liquide kystique. Aussi nous conseillons d'y avoir largement recours chaque fois que l'on se propose d'intervenir chirurgicalement.

La seconde opération, consistant en un épuisement soit partiel, soit total, a fourni à la critique plusieurs occasions de se manifester.

1° Un premier grief, avons-nous dit, est la *transformation purulente du contenu kystique*. — En thèse générale, nous devons établir que, plus l'hydatide est récente, plus il y a de chances de guérison ; mais, lorsque cette tumeur existe depuis plusieurs années, lorsqu'elle a pour ainsi dire droit d'habitation chez le patient, les chances de succès vont en diminuant.

C'est un fait admis par la majorité des cliniciens qu'un épanchement combattu dès le début est beaucoup plus facile à tarir qu'un épanchement ancien, la purulence est moins à redouter. En examinant les succès obtenus par la ponction aspiratrice, un fait nous a frappé ; dans ces divers cas, la maladie est assez récente, le kyste n'a pas encore de dimensions exagérées. Si donc le clinicien est assez heureux pour diagnostiquer d'assez bonne heure le kyste hydatique, il peut l'opérer à ce moment avec beaucoup de chances de guérison ; une, deux, trois ponctions peuvent suffire : Dieulafoy, Axenfeld, etc., ont enregistré de nombreux succès. Mais ceux qui connaissent la difficulté du diagnostic de ce genre de tumeur ne sont pas surpris pourquoi on opère souvent dans des conditions défavorables ; c'est parce que le diagnostic n'est établi que tardivement et qu'alors il faut avoir recours à d'autres procédés.

Les kystes anciens fournissent souvent un liquide purulent ou en voie de purulence.

Analysons les faits ; on pratique une première ponction : il sort un liquide clair, limpide, puis en pratiquant une seconde ponction, on trouve un liquide séro-purulent et à une troisième, le liquide est franchement purulent.

Les observations de faits semblables ne manquent pas ; il en est de même dans la thoracentèse ; pour notre part, nous l'avons vu pratiquer cinq fois pendant notre année de volontariat, suivant la méthode de Dieulafoy, et cinq fois nous avons vu un épanchement purulent faire suite au liquide limpide retiré la première fois. Dieulafoy a longuement et savamment défendu sa méthode contre cette accusation, nous n'avons pas à nous prononcer sur une question aussi difficile ; laissant à d'autres plus éclairés que nous le soin d'élucider la question, nous signalons ces faits.

2° *Insuffisance de la ponction.* — Dans quelques cas de kystes superficiels dont la poche est facilement accessible, cette méthode donne des succès incontestables ; mais il faut s'attendre à rencontrer des faits moins simples, le foie peut être envahi en grande partie par des kystes multiples d'ancienne date qui entrent successivement en suppuration ; dans des cas de ce genre la ponction capillaire sera certainement insuffisante. D'ailleurs, sans chercher des cas aussi difficiles et aussi compliqués, nous n'avons qu'à prendre des exemples parmi les opérés de Dieulafoy.

Observation.

(Résumée.)

Service de M. le professeur AXENFELD.

Le nommé D..., 43 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 3 juillet 1871, salle St-Paul, n° 14. *Diagnostic*: kyste hydatique du foie communiquant avec la plèvre.

Première ponction le 11 juillet avec l'aiguille n° 4. (L'opération est faite par Dieulafoy mandé par Axenfeld.)

Depuis cette époque, le malade a subi plus de 300 ponctions.

Dieulafoy dit :

« Dès que le liquide purulent se produit dans la tumeur, on le retire avec l'aiguille n° 2 ou n° 3..., cinq, six, huit fois, 300 fois de suite, si c'est nécessaire, en ayant soin que chaque nouvelle ponction surprenne le liquide à un moment où il n'a pas encore atteint l'abondance qui avait nécessité la ponction précédente. »

Ce tarissement est en quelque sorte un tarissement mécanique, qui exige, suivant les différentes occasions, une grande patience et beaucoup de persévérance. En outre tous les malades n'ont pas la patience de l'opérée de Dieulafoy ; et beaucoup de praticiens renonceraient bien avant d'être à la troicième ponction. Puis enfin il est des cas où ce tarissement mécanique ne peut être employé, par exemple lorsque l'aiguille est oblitérée

par de fausses membranes, par des cristaux de *margarine*, de *cholestérine*, ou enfin lorsque le pus, se reproduisant avec une grande rapidité, menace d'entraîner d'autres accidents.

C'est alors qu'il faut pénétrer largement dans le kyste afin de donner un écoulement rapide et certain au contenu kystique.

Si l'on a répété à dessein les ponctions sur le même point de la tumeur, on peut ouvrir sans crainte, car les adhérences ont eu le loisir de s'établir.

3^e *Accidents divers survenus à la suite de la ponction capillaire.* — Nous avons parcouru un certain nombre d'opérations pratiquées et rapportées par Dieulafoy, Axenfeld, Matice, etc. Un phénomène assez surprenant et dont l'explication à notre avis est loin d'être donnée, c'est l'apparition subite d'urticaire à la suite de plusieurs ponctions répétées ou simplement à la suite d'une seule.

Est-ce un phénomène corrélatif, ou bien y a-t-il dépendance essentielle de l'opération, c'est ce que nous ne saurions établir.

C'est un fait, nous le signalons sans vouloir incriminer le procédé de Dieulafoy et le rendre responsable de cette complication.

Néanmoins rien de plus singulier que l'apparition brusque de cette urticaire, survenant quelques instants après la ponction et coïncidant avec de la dyspnée, des nausées, des vomissements comme cela a lieu après l'ingestion de moules et de certains coquillages. Dieulafoy fait l'aveu de cette complication, mais avec cette restriction qu'on ne peut l'attribuer à son procédé; nous nous garderons bien d'être aussi affirmatifs.

Donnons quelques exemples :

Observation I

(Résumée).

X..., 30 ans, serrurier. — Hôpital Beaujon, service de M. Matice.

Diagnostic : Kyste hydatique du foie. Ponction avec un trocart explorateur ordinaire. Ecoulement de 300 gr. de liq. limpide.

10 minutes après, nausées, etc. Apparition d'urticaire qui se généralise rapidement à tout le côté droit du corps, jambe, bras et thorax, sans envahir le côté gauche. *Durée* : deux jours.

Observation II

La nommée D..., 43 ans. — Hôpital Beaujon, service de M. Axenfeld, 8 juillet 1874.

Kyste hydatique du foie. Ponction. Une heure après, malaises, nausées, etc. Cinq heures après, démangeaisons en différents points du corps.

Le lendemain de l'opération, urticaire avec fièvre. *Durée* : trois jours.

Observation III

Mme L..., 32 ans, bouchère.

Diagnostic : Kyste hydatique du foie.

Ponction le 4 août 1886 par le D^r Millard (1).

5 avril, apparition d'urticaire généralisée, qui dura plusieurs jours avec fièvre.

M. Verneuil (2) aurait également observé l'urticaire à la suite d'une ponction faite dans un kyste hydatique de la glande thyroïde. Cette urticaire, chose étrange qui montre combien est obscure sa pathogénie, ne survient presque jamais après une seconde ponction.

En dernier lieu, il importe de savoir que la simple ponction a déterminé dans quelques cas une mort subite ou rapide.

Voici un cas remarquable que nous avons cru devoir rapporter en entier.

(1) *Gaz. de méd. et de chir.*, 4 décembre 1886.

(2) *Journ. des sociétés scientifi.* Décembre 1886.

Observation.

M. Bryant (1) donne lecture d'un cas de mort subite survenue à la suite d'une ponction.

Homme âgé de 40 ans, qui depuis trois ans portait dans le côté droit de l'abdomen une tumeur, qui avait pris un accroissement continu, et n'avait causé d'autres symptômes que ceux résultant de son volume. Cette tumeur occupait les régions hypogastrique et lombaire du côté droit et de plus l'abdomen sur une étendue d'environ deux pouces de chaque côté de la ligne médiane.

Le 21 janvier 1878, un petit trocart fut introduit dans la tumeur, et neuf onces de liquide clair furent extraites. La ponction retira assez de liquide pour diminuer la tension du kyste, mais ne le vida pas. L'opération n'avait causé au malade ni douleur ni anxiété; on avait enlevé la canule lorsqu'en moins d'une minute le visage du malade devint pourpre et une douleur poignante le saisit; à la rougeur succédèrent une pâleur mortelle, des vomissements, une respiration stertoreuse et la mort survint au bout de cinq minutes.

A l'autopsie, on trouva sous le foie un énorme kyste hydatique, de la grosseur d'une tête d'adulte, rempli d'un liquide légèrement teinté de sang.

La mort subite est ici assez difficile à expliquer comme le dit M. Bryant, les symptômes furent ceux de la commotion nerveuse (nervé Schock). Il n'avait pu y avoir aucune introduction d'air dans les veines.

La brusquerie de l'évènement, comme du reste les résultats de l'autopsie, ne permettent pas de l'imputer à l'inflammation du péritoine; et il est vraisemblable qu'il s'agit dans ces faits malheureux d'une excitation névrolitique ou paralysante transmise au bulbe par le pneumo-gastrique.

Observation (2)

Une jeune fille de 18 ans, fille d'un vétérinaire de l'Eure est opérée à l'hôpital St-Louis; la mort survient 48 heures après une 2^e ponction, la 1^{re} ponction avait été suivie d'urticaire.

(1) BRYANT. — Clinical society of London in medical Times and Gazette, 29 juin 1878.

(2) RECLUS. — *Gaz. heb.* 1886.

Moissenet vit son opéré mourir de ponction, 18 heures après l'opération.

N'y eût-il qu'un seul exemple de pareille catastrophe, il suffirait pour imposer une extrême réserve dans la pratique de cette opération dont l'innocuité n'est point absolue.

Nous ne dirons qu'un mot de la quatrième objection ; il est bien évident que, si l'on est en présence d'un kyste à longue évolution qui a donné lieu subitement à des phénomènes inquiétants (transformation purulente s'opérant dans le kyste et donnant lieu aux symptômes suivants : état fébrile plus ou moins intense avec douleur dans l'hypochondre droit ainsi que dans l'épaule, liquide retiré par une ponction capillaire exploratrice donnant une odeur extrêmement vive d'hydrogène sulfuré) il est évident, disons-nous, qu'en présence d'un cas semblable, la ponction suivant la méthode Dieulafoy n'est qu'un palliatif et qu'il faut avoir recours à des moyens plus rapides que nous indiquerons ultérieurement.

Nous nous sommes arrêté longuement sur cette méthode de Dieulafoy, parce qu'elle est très répandue et que trop souvent on ne tient compte que de succès qui à première vue paraissent très brillants sans songer aux différents dangers auxquels sont exposés les opérés.

Dieulafoy néanmoins a rendu un service important et sa méthode trouvera encore malgré les progrès de la chirurgie de nombreux partisans, car en définitive elle compte des succès certains après une, deux, trois ponctions ; souvent c'est une affaire de persévérance. Puis un argument en sa faveur et qui n'est pas sans valeur, il n'est pas nécessaire d'être un bien grand chirurgien pour l'employer, et, dans les cas où elle n'aboutit pas, elle ne compromet en rien le succès d'opérations plus radicales si l'on a su agir à temps.

Une statistique anglaise (1) déjà ancienne reproduite par Rendu donnerait une mortalité de 15 pour 100. Ce chiffre est considérable ; il est probable que dans nombre de cas il est dû, non à la ponction, mais aux progrès de la tumeur que cette méthode n'a pu enrayer.

Nous allons examiner plusieurs méthodes basées sur les principes suivants : 1° Evacuer le contenu du kyste, liquide et membranes, à travers la paroi abdominale ; 2° faciliter la détersion, le bourgeonnement, la cicatrisation de la cavité et de la fistule qui y donne accès.

Si ces deux indications paraissent fort simples en elles-mêmes, néanmoins leur réalisation est remplie de difficultés. Il est tout à fait rationnel d'inciser la paroi du kyste pour le vider, mais à une condition, c'est que le contenu ne pénétrera pas dans la cavité péritonéale, véritable fossé interposé à la paroi abdominale et à la cavité kystique.

Nous l'avons vu au début, les auteurs ont cherché à supprimer le danger, en provoquant par des agents irritants l'adhérence des deux feuillets du péritoine au niveau du kyste. Nous avons exposé comment Récamier le premier entreprit de tourner ces difficultés par son procédé d'applications successives de caustique, nous n'y reviendrons pas, nous allons parler d'autres modes de traitement qui, partis du même principe, en diffèrent essentiellement.

VII

Incision en deux temps (Méthode de Volkmann).

En parcourant les faits publiés dans la *Revue médicale française et étrangère* (1825), nous pouvons voir que c'est encore Récamier qui est l'inventeur de l'incision en deux temps,

(1) DESNOS. — *Gaz. de méd.* 1886.

que Bégin préconisera deux années plus tard sans l'attribuer à son véritable auteur.

Cette opération a été remise en honneur aujourd'hui par un médecin allemand et porte le nom de ce chirurgien, c'est la méthode, dite de Volkmann.

Le procédé est le suivant :

Dans un premier temps, incision des parties molles et du feuillet externe du péritoine, on s'arrête en appliquant un pansement antiseptique convenable : Quelques jours après, lorsqu'on juge les adhérences suffisantes de façon à ne plus redouter une péritonite par la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale, on incise le kyste lui-même sans crainte.

Récamier a opéré par ce procédé un kyste hydatique suppuré, mais l'aggravation des accidents l'ayant obligé à pratiquer le second temps avant que les adhérences se fussent établies, le malade succomba.

Ce procédé au début a été loin d'obtenir les succès du procédé par l'emploi de caustiques, et c'est chose facile à concevoir : l'antisepsie à cette époque n'existait pas. Cette opération était donc dangereuse, les cas de guérison par ce procédé étaient assez rares.

Ce fut cinq ans plus tard en 1830, que Bégin (1), rejetant les caustiques, accorda la préférence à cette incision en deux temps et obtint plusieurs succès au Val-de-Grâce. Il incisait le péritoine complètement. D'autres chirurgiens obtinrent aussi des succès : Russel, Jarjaway, Ried, etc., puis à côté de ces succès il faut enregistrer les insuccès de Ruysch, Récamier, Reyher, Velpeau, etc.

Jusqu'en 1877, à la suite de ces insuccès, ce procédé était tombé en disgrâce : mais alors, grâce aux progrès de la chirur-

(1) POULET. — *Revue de chirurgie*.

gie par la méthode antiseptique, Volkmann (2) parvint à le remettre en honneur et sous son puissant patronage il est devenu en Allemagne un procédé classique.

Kœnig et Lihotzky le considèrent comme un des meilleurs traitements. Voici sommairement comment on pratique l'opération.

L'opération se divise en deux temps bien distincts :

1^{er} temps. — Incision parallèle aux fausses côtes, intéressant toutes les parties molles jusqu'au péritoine sur une longueur d'environ 0^m 08. Lorsque la plaie est exsangue, on ouvre le feuillet péritonéal dans toute la longueur de l'incision, puis on bourre la plaie de gaze antiseptique.

2^e temps. — Au bout de huit à neuf jours, lorsque les bords de la plaie sont suffisamment adhérents à la paroi kystique, on incise la poche, on évacue le contenu ; la cavité lavée avec la solution d'acide salicylique, le chirurgien y place un gros drain et applique un pansement antiseptique.

Ce procédé a subi pour ainsi dire une transformation générale depuis son point de départ ; malgré les progrès qu'il a réalisés, il faut bien lui reconnaître plusieurs désavantages. En premier lieu, il est long, il exige deux interventions directes de l'art. En second lieu, il nous paraît assez difficile de préciser le moment propice pour intervenir au second temps. Lorsque le chirurgien n'est pas pressé dans son intervention, on peut très bien employer ce procédé qui a donné de bons résultats en Allemagne. Mais dans un cas qui demande une intervention rapide sous peine de dénouement fatal, il faudrait y renoncer, car il faut au minimum de six à sept jours avant de pouvoir pratiquer le second temps de l'opération et, en voulant précipiter, on risquerait fort de faire naître une péritonite, les adhérences n'étant pas suffisantes.

(2) VOLKMANN. — *Berl. klin. Woch.*, 1879.

Ce ne sont pas là les seuls moyens imaginés par les chirurgiens pour ouvrir avec sécurité la poche hydatique et évacuer son contenu. Il est une autre méthode, celle de la grosse canule à demeure, qui compte un certain nombre de défenseurs. Elle-même a servi de point de départ à d'autres procédés, tels que : la double ponction ou méthode de Simon, les canules à demeure multiples de Hirschberger, etc.

Boinet, le premier, eut l'idée de ponctionner les kystes hydatiques avec un gros trocart de 10 à 15 millimètres de diamètre, et de lui substituer, au bout d'un temps plus ou moins long, une sonde en gomme ou un gros tube de caoutchouc.

Ce procédé permet, dans une certaine mesure, d'éviter la pénétration du liquide du kyste dans le péritoine, facilite l'évacuation du contenu, et surtout des vésicules. Au bout d'un temps suffisamment long, qui ne doit pas être inférieur à huit ou neuf jours, on peut faire la substitution d'un drain à la canule (Verneuil). Roger du Havre préfère laisser la canule du trocart plus longtemps. — Malgré ses avantages, la canule exige un temps fort long, et les hydatides sortent mal, si la membrane est épaisse ou volumineuse. Un seul canal de communication tend continuellement à s'oblitérer ; il s'engorge facilement de liquides infectés, et ne permet pas de vider complètement et de laver convenablement le kyste à chaque pansement.

Blachez (1), il y a dix-huit ans, signalait ces inconvénients :

« Il faudrait, au lieu d'une seule application de caustiques,
« qu'on en fit plusieurs, de manière à obtenir deux ouvertures
« qui faciliteraient beaucoup l'introduction de drains, le passage
« des injections détersives, l'écoulement du liquide kystique, et
« qui, s'il en était besoin, seraient facilement réunies par une
« incision allant de l'une à l'autre. On sait combien, en pareil
« cas, il est urgent d'employer un traitement qui dure peu.

(1) *Gaz. hebdom.*, 1868, p. 471.

« Combien de malades ont succombé sans accidents particuliers, « à cause d'une suppuration intarissable qui les épuisait, et « alors que le kyste, presque complètement rétracté, la guérison allait être définitive, si l'organisme avait pu résister « quelques jours encore. »

Or, si l'on excepte la manière de faire les ouvertures, il n'y a pas autre chose dans la méthode de Simon ou de la double ponction dont voici l'exposé :

VIII

Procédé de Simon de Berlin (1)

On commence par délimiter exactement la partie la plus saillante de la tumeur : deux trocars sont enfoncés à trois centimètres l'un de l'autre dans cette partie. On laisse écouler une certaine quantité du liquide par les deux canules, puis on les fixe à l'aide d'un pansement protecteur, en ayant soin de les fermer.

Pendant les deux premiers jours qui suivent cette opération, le malade doit garder le repos au lit.

Quelques jours après, on laisse écouler de nouveau une partie du liquide ; on peut ainsi s'assurer, s'il est limpide ou purulent. La même manœuvre est répétée jusqu'à ce que le contenu soit devenu franchement purulent, c'est alors à ce moment que l'on peut inciser le pont de parties molles qui sépare les trocars afin d'ouvrir la poche et la vider. A moins d'accidents de septicémie qui forcent à intervenir plus tôt, l'incision ne doit être pratiquée qu'au bout de quelques semaines.

(1) NEISSER. — *Die echinococcen Krankheit*, 1877.

Ce procédé a, depuis Simon, été modifié de diverses façons :

VI ^e CONGRÈS ALLEMAND (1877).	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Hirschberg préférait des ponctions multiples sur} \\ \text{une même ligne ou disséminées, afin d'établir} \\ \text{plus sûrement des adhérences.} \\ \text{Küster conseillait la ligature élastique pour} \\ \text{obtenir la section du pont intermédiaire aux} \\ \text{deux canules (1).} \end{array} \right.$
---	---

Il nous semble assez difficile de se prononcer sur les avantages de cette opération, les statistiques font défaut et on se trouve réduit à une appréciation personnelle ; pour notre part, nous ne croyons pas devoir lui accorder la préférence, surtout si nous avons à opérer un kyste en voie de suppuration. Car en face d'accidents septiques, il n'est pas possible à un chirurgien soucieux de la conservation de ses clients d'attendre quelques semaines afin de pouvoir pratiquer l'incision du kyste.

IX

Procédé de Verneuil (2).

Pour le traitement des kystes hydatiques du foie, le professeur Verneuil, de Paris, a adopté un procédé intermédiaire à la cautérisation et à l'ouverture immédiate. Le procédé de M. Verneuil compte nombre d'adhérents et nous avons entendu plusieurs fois des professeurs distingués préconiser ce procédé, parce qu'il leur semble être un des plus prudents en même temps qu'il assure un nombre raisonnable de chances de guérison. Voici en substance comment procède M. Verneuil :

Il introduit en permanence dans le kyste par un trocart une sonde en caoutchouc rouge. La première chose à faire est la

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 1879.

(2) *Revue de chirurgie*, 1883.

ponction capillaire qui assure le diagnostic. Puis, quand le kyste est vidé, ou tout de suite s'il ne se vide pas, on ponctionne la tumeur avec un gros trocart dans la canule duquel on introduit une sonde rouge qui s'y adapte exactement et présente par conséquent un certain calibre : on colle de la baudruche sur la paroi abdominale, pour empêcher le passage de l'air et son introduction dans le kyste, et on garnit aussi l'extrémité de la sonde, comme Raymond le faisait pour les ponctions thoraciques. On fait par la sonde des injections antiseptiques pour tuer les hydatides.

M. Verneuil a apporté une modification à son procédé : au lieu d'un trocart, il en enfonce deux distants de plusieurs centimètres de façon à ce que deux sondes drainent la tumeur : 3 ou 4 jours après, on pourra retirer les sondes et réunir le pont intermédiaire, on aura ainsi une ouverture qui assurera la détersion et facilitera le lavage. Tel est le procédé que M. Verneuil emploie tous les jours encore dans son service de chirurgie.

Par ce procédé, on est certain d'obtenir des adhérences sur lesquelles on ne peut jamais compter avec les caustiques. En outre ce procédé est d'une exécution assez facile, le manuel opératoire n'est pas compliqué, c'est là un avantage, il faut le reconnaître.

Cependant nous sommes en droit de nous demander si ce procédé, malgré l'autorité de son auteur, assure d'une façon complète le résultat de l'opération. Sans doute ici il n'y a plus à craindre le passage du liquide dans le péritoine et c'est un point essentiel. Mais le passage de l'air est-il bien efficacement intercepté par la disposition que nous avons citée ? N'a-t-on pas dès lors à compter avec l'influence pernicieuse de l'air et avec toutes les conséquences qui en résultent.

Cette méthode, dira-t-on, a fait ses preuves. Reclus cite trois succès et pas un revers pendant son année d'internat à la Pitié.

Rendu nous donne la statistique de Hauxley (1) : sur 30 cas, on compte 23 guérisons, 7 insuccès. D'après la pratique des médecins anglais, nous trouvons des résultats à peu près identiques et leurs succès donneraient une moyenne de 70 pour 100 (2).

Cette opération a cependant ses dangers : bien plus que dans les ponctions capillaires, la péritonite est à craindre ; le tissu hépatique, traversé par le gros trocart, ne s'applique pas toujours étroitement sur la sonde en caoutchouc évidemment moins large que la canule qu'elle remplace, et le liquide peut s'écouler dans la séreuse.

La mortalité d'après la statistique donne 15 pour 100 dans la méthode par aspiration. Elle donne dans ce procédé 23 pour 100.

La mortalité est donc assez considérable, puisqu'elle emporte 1 opéré sur 4, et, malgré que ce procédé ait donné des succès remarquables, les chirurgiens contemporains ont cherché si l'on ne pouvait pas mieux faire.

X

Incision en un seul temps.

Depuis Récamier tous les chirurgiens, partisans de l'incision et de l'évacuation, se préoccupent avant tout du péritoine, s'ingénient pour provoquer les adhérences de la paroi au kyste.

Jusqu'à ces dernières années, cette conduite était assez légitime ; car pour toute la chirurgie abdominale la crainte du péritoine était le commencement de la sagesse, comme le dit originalement M. Poulet. Mais dans ces dernières années la chirurgie a marché à grands pas ; Lister, par sa méthode d'an-

(1) *Gaz. hebd. de chirurgie*, 1886.

(2) RECLUS. — *Gaz. hebd.*, 1886.

tisepsie rigoureuse, a levé une barrière qui semblait devoir longtemps encore arrêter la hardiesse des chirurgiens.

Aujourd'hui on ouvre le péritoine couramment ; des milliers de faits ont surabondamment démontré qu'en prenant les précautions convenables il était permis d'ouvrir le péritoine, de le suturer, d'extirper les tumeurs sans trop exposer la vie du malade.

La chirurgie actuelle par une louable réaction fertile en conséquences heureuses bat fortement en brèche le préjugé ancien. N'a-t-il pas suffi en effet d'opérer les kystes hydatiques du foie comme les kystes ovariens adhérents ou compliqués pour obtenir d'excellents résultats ?

Au lieu de faire l'opération en deux temps comme Récamier, Bégin, Volkmann, on la pratique en un seul temps.

L'étranger nous a devancés de beaucoup dans cette voie ; citons Lindemann (1), Sænger, Landau, von Puky, Lawson Tait, Leivink, Asmuth, Grunsberg, etc. ; plus récemment en France, Richelot, Lucas-Championnière, Poulet (2), M. Rohmer, etc.

L'incision en un seul temps est basée sur un principe facile à saisir. Les plaies simples du péritoine sont loin d'avoir la gravité que leur attribuaient les anciens chirurgiens. Il suffit en effet de l'inciser, de vider le kyste avec précaution, de suturer les bords après l'avoir ouvert aux bords de la plaie pour éviter les accidents. Chaque opérateur s'est attaché à perfectionner les moyens d'évacuer le contenu sans en faire pénétrer dans le péritoine, à bien assurer l'occlusion hermétique de la cavité péritonéale par une suture convenable de la corolle kystique.

En Allemagne : Lindemann incise les parties molles jusqu'au kyste en comprenant le feuillet pariétal du péritoine ; les bords

(1) *Berliner klin. Woch.*

(2) POULET. — *Revue de Chirurgie.*

de la séreuse sont suturés à la peau avec des fils de catgut. Le chirurgien fixe ensuite la poche kystique à la paroi. Lindemann enfonce d'un angle de la plaie à l'autre et parallèlement à son grand axe deux fils de catgut destinés à appliquer la paroi kystique aux lèvres de l'incision. Ces fils étant convenablement tendus, on incise le kyste entre ces deux fils et après l'avoir vidé on suture ses bords ectropionnés aux bords de la peau.

Korach (1). — Pour Korach, la seule méthode qui convienne pour le traitement des kystes hydatiques du foie est l'incision simple, pratiquée avec toutes les précautions du pansement de Lister.

Cette méthode a pour but, après avoir évacué le contenu du kyste, de déterminer l'inflammation de la membrane d'enveloppe et la production de bourgeons charnus destinés à combler la poche kystique.

Cette opération peut être pratiquée en un temps; le chirurgien, dans une première opération, incise la paroi abdominale jusqu'à la surface du foie; il attend alors que les adhérences se soient établies entre les deux feuillets du péritoine. D'après Korach, il faut attendre pour cela environ neuf ou dix jours. Au bout de ce temps, on pratique l'incision du kyste. Si l'on opère en un temps, il faut veiller à ce que le contenu du kyste ne fuse pas dans la cavité péritonéale.

L'auteur recommande pour cela le procédé de Landau.

Landau (2) a proposé plusieurs modifications qui lui ont donné des succès. — Incision de la peau des muscles, du feuillet pariétal du péritoine avec toutes les précautions antiseptiques; puis à travers les lèvres de la plaie, au niveau de chaque angle on passe un fil résistant qui comprend dans son anse la paroi du kyste. Ces deux fils sont destinés à appliquer le kyste contre la

(1) *Berliner klin. Woch.*, 1882.

(2) *Berliner klin. Woch.*, IX^e Congrès, 1882.

paroi abdominale ; seulement, au lieu d'être placés parallèlement au grand axe, ils sont perpendiculaires. A l'aide d'une ponction aspiratrice, l'opérateur retire une certaine quantité de liquide, ce qui permet d'attirer au dehors la paroi du kyste relâchée, et de l'ouvrir à l'extérieur sans aucun inconvénient pour le péritoine, de le vider par déclivité ou à l'aide d'éponges. Cela fait, on excise autant que possible les bords de la poche avant de les suturer à la paroi abdominale. — Landau n'a qu'un plan de sutures, Lindemann en a deux.

Lindemann a opéré 11 cas dont nous connaissons le résultat : 9 succès et 2 décès.

Landau a opéré une jeune fille de 12 ans. Guérison.

En Angleterre, Olivier a opéré un cas suivi de succès en septembre 1883 (*The Lancet*).

Harrison Cripps. — Extirpation totale de deux larges kystes. Guérison (Clinical society of London, *the Lancet*, 1886).

Nous avons vu M. le professeur Rohmer opérer de la façon suivante :

Observation I

(Personnelle).

Une jeune personne âgée de 27 ans, journalière, entre à l'hôpital des Cliniques le 2 mars 1886.

Antécédents. — N'a jamais été malade, jamais enceinte.

Réglée à l'âge de 13 ans pour la première fois, a toujours eu ses époques régulières.

Il y a environ 9 ans, a eu des envies de vomir pendant quelques mois, ne pouvant supporter en aucune façon les aliments gras.

4 ans plus tard, aurait eu des coliques quotidiennes après chaque repas du matin. A partir de ce temps, impossibilité de supporter un corset, parce qu'elle ressentait des douleurs dans l'estomac. Elle a remarqué également un certain gonflement au niveau du creux de l'estomac.

Il y a environ 4 ans, pendant trois semaines, la malade ressentit des points douloureux qu'elle compare à des coups de couteau dans les régions hépatique et stomacale. Dans l'espace de trois jours, le ventre, tendu et augmenté de volume surtout à la partie supérieure, augmenta tout d'un

coup au point d'acquérir le volume qu'il possède aujourd'hui. Remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, on dirait un utérus à terme.

Cette malade a toujours mené une vie régulière, de 14 à 19 ans employée comme domestique dans un couvent, puis dans son pays à B...

Depuis 9 ans, elle habite Nancy.

L'appétit est diminué depuis 4 ans ; toutefois, elle n'a plus de vomissements ; les digestions sont bonnes ; n'a jamais eu de jaunisse, n'a jamais eu les membres inférieurs enflés.

La malade est restée ainsi, continuant à travailler, ressentant parfois des douleurs au milieu du ventre, quand elle soulève un fardeau.

Il y a deux mois, pendant une de ses époques, elle ressentit un frisson, puis son ventre augmenta rapidement de volume ; en même temps, les douleurs devinrent très intenses et l'appétit se perdit complètement ; la malade a beaucoup pâli.

Etat actuel. — La malade ne tousse pas, mais elle est néanmoins très faible, très amaigrie et se tourmente beaucoup sur l'issue de sa maladie.

Après un examen attentif, M. Rohmer diagnostique un kyste du foie.

6 mars. — Ponction capillaire exploratrice ; quelques centimètres cubes d'un liquide purulent avec des débris de membranes obstruent le trocart.

10 mars. — Seconde ponction, même liquide et mêmes débris de membrane.

Analyse du liquide au microscope par M. le professeur Baraban. — Rien de marquant à signaler.

Le ventre est tendu, globuleux ; par la palpation, on sent une tumeur semi-fluide, dure, ronde, remontant jusqu'aux fausses côtes comme un utérus à terme, remplissant toute la cavité pelvienne, plongeant dans le petit bassin.

Par le toucher vaginal, on constate que le col de la matrice est vierge, l'utérus mobile, les culs-de-sac sont libres.

17 mars. — Opération. Chloroformisation, pulvérisation phéniquée.

1° Incision le long de la ligne blanche, depuis 3 cm. au-dessous de l'ombilic, sur une longueur d'environ 10 cm. La paroi abdominale est divisée très prudemment couche par couche ; les divers feuillets aponévrotiques sont incisés sur la sonde cannelée. La paroi antérieure du kyste est adhérente au feuillet viscéral, les adhérences sont très nombreuses, cependant elles peuvent se rompre sous le doigt, néanmoins elles paraissent une contre indication à l'ablation complète de la tumeur ; ablation que l'on s'était proposé de faire.

2° Un gros trocart, introduit dans le kyste, donne issue à un flot de liquide purulent, au milieu duquel nagent des quantités de boules lisses transparentes. Ces hydatides sont de volume variable, depuis le volume

d'un pois jusqu'à la grosseur d'un œuf de pigeon ; à tout instant, on est obligé de déboucher la lumière du trocart ; quelques-unes ont après elles de petites vésicules filles non encore détachées.

3° Après avoir enlevé environ la moitié du liquide, on retire le trocart avec précaution, de façon qu'il n'entre point de liquide dans la cavité péritonéale, on agrandit l'ouverture, puis on lave la poche largement avec de l'eau tiède contenant un peu de sublimé (9500 centim. cub. de liquide ainsi retiré dont 3500 de liquide injecté, reste 6000 cc. de liquide kystique, contenant quelques centaines de vésicules hydatiques.

Après avoir nettoyé toute la cavité, on suture les bords de l'orifice fait au kyste avec les bords de l'incision cutanée par huit points de suture. On place deux gros drains, poudre d'iodoforme, grosse éponge et coton salicylé pour achever le pansement.

Durée totale de l'opération : 1 heure.

Suites de l'opération. — 18 mars. — Rétention d'urine : 350 cc. La malade a été calme. Quelques vomissements dus au chloroforme ; le pansement est peu mouillé. T. s. 38,2 ; m. 37,3.

19 mars. — Rétention d'urine : 400 cc. Deux vomissements, malade va bien.

20 mars. — Rétention d'urine : 450 cc. N'a plus vomi, demande à manger.

21 mars. — 370 cc. T. s. 38,6 ; m. 37,2.

Les tubes sont raccourcis tous les jours, peu de liquide dans la cavité qui diminue d'étendue, l'orifice se fronce ; chaque jour lavage à l'eau tiède additionnée de sublimé.

22 mars. — Rétention d'urine. T. s. 38,2 ; m. 39,6. On découvre un petit abcès au niveau d'un des points de suture, les fils sont enlevés.

23 mars. — T. s. 39 ; m. 38,6. Rétention d'urine, liquide un peu purulent ; on ramène encore avec les tubes deux ou trois hydatides.

24 mars. — Douleur dans le côté droit. Respiration cependant normale, ne tousse pas.

25 mars. — Un peu de fièvre, la poche suppure, on ne laisse plus qu'un tube.

26 mars. — Urine seule pour la première fois, du 26 au 31 la malade mange assez bien, la poche diminue toujours, le liquide est franchement purulent ; peu de fièvre, le pouls est à 89.

Du 1^{er} avril au 5, la suppuration est plus abondante ; les règles sont supprimées depuis deux mois.

Du 5 au 10 avril, fièvre légère, sans dépasser 38°2 ; on remarque encore

Poids de la malade avant l'opération : 45 kilog.
après l'opération : 40 kilog.

un petit abcès. La suppuration est assez abondante, la cicatrisation marche lentement.

A partir du 16 avril, la guérison marche d'une façon uniforme et constante ; la cicatrisation, assez lente au début, marche franchement ; elle est complète au 1^{er} mai.

1^{er} mai. — Les règles, qui ont fait défaut deux fois, reparaissent.

En résumé, 45 jours après l'opération, la malade est complètement guérie, et peut se livrer aux travaux les plus pénibles.

Actuellement, c'est-à-dire 9 mois après l'opération, l'opérée, que nous avons l'occasion de voir tous les jours, est d'une santé toute florissante, n'ayant, pour toute trace de l'opération, qu'une cicatrice de 8 centimètres. Nous pouvons affirmer que la cure est radicale et qu'il n'y a pas de récédive à craindre.

Dans cet exemple, nous croyons devoir faire ressortir plusieurs points :

1° Les deux ponctions exploratrices n'ont causé aucun accident, et elles ont été une confirmation du diagnostic, tout en indiquant la nécessité d'opérer.

2° Fallait-il opérer, ou bien y avait-il lieu d'attendre ? Toute temporisation, dans ce cas, eût été une faute ; tout indiquait la nécessité d'une intervention radicale : affaiblissement considérable de la malade, présence avérée du pus, qui ne pouvait qu'avoir des conséquences fatales. En un mot, il fallait ouvrir cet abcès mûr. Les adhérences du kyste indiquaient nettement ce procédé en un seul temps.

Nous ne reviendrons pas sur le manuel opératoire qui, somme toute, est assez simple ; sans les adhérences multiples, l'on eût enlevé complètement le kyste, ou bien reséqué la majeure partie.

Les suites de l'opération sont remarquablement bénignes : trois petits abcès qui amènent une légère élévation de température ; rétention d'urine pendant une dizaine de jours, puis tout marche comme par enchantement. Nous n'avons trouvé dans nos recherches aucune opération pour fournir un résultat aussi complet dans un laps de temps relativement assez court. En 45 jours, guérison complète, sans la moindre trace de fistule,

pour un kyste aussi volumineux et en voie de suppuration. Aucun des différents procédés que nous avons exposés (*procédé des caustiques, injections diverses, ponctions simples, ponctions capillaires de M. Dieulafoy, procédé de Simon, de Verneuil, de Volkmann, etc.*) n'a donné un succès aussi rapide et aussi brillant, à part l'électrolyse dont un seul cas nous est connu.

M. Poulet cite un cas qu'il a opéré et dont la guérison fut complète au bout de cinquante jours environ, dit-il. — Le kyste opéré par M. Poulet est moins volumineux et beaucoup plus récent, toutes conditions favorables au succès rapide de la nouvelle méthode.

D'ailleurs, le manuel opératoire de M. Poulet diffère peu de celui adopté par M. Rohmer, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par le résumé que nous donnons.

Observation II.

(Résumée).

F..., 32 ans, garde républicain. Service de M. Vaillard (1), Val-de-Grâce, 23 novembre 1885. On diagnostique un kyste hydatique qui remonterait à trois mois.

27 novembre. — M. Poulet pratique une ponction exploratrice avec l'appareil Dieulafoy. Dix minutes après la ponction, éruption d'urticaire généralisée durant trois jours, avec symptômes assez inquiétants.

12 décembre. — Opération pratiquée par M. Poulet.

Anesthésie. Soins antiseptiques. Incision de 40 centimètres, parallèle au rebord des fausses côtes droites, en passant par le point culminant de la tumeur. Section des muscles et aponévroses, hémostase à l'aide de pinces à forcipressure. Le péritoine est incisé dans toute la longueur de la plaie. Le kyste sans adhérences apparaît et monte et descend à chaque mouvement respiratoire. Les bords du péritoine pariétal sont suturés à la peau par quelques fils de catgut. Ponction du kyste à l'aide de l'appareil Potain.

On tire trois quarts de litre de liquide limpide. A mesure que la distension de la poche diminue, la paroi est attirée au dehors à l'aide de pinces

(1) POULET. — *Revue de chirurgie*, 1886.

de Museux ; deux crins de Florence sont passés à travers les parois abdominales et celles du kyste, perpendiculairement au grand axe de la plaie et près des angles de celle-ci. Le kyste est ouvert. On vide son contenu, sans crainte de l'épanchement du liquide dans le péritoine, garanti par des éponges. On excise une partie de la paroi antérieure et on suture les bords du kyste aux lèvres de la plaie. On draine la cavité avec deux tubes. Pas d'injection. Pansement à la gaze iodoformée et au coton. Les suites sont assez bénignes.

Quelle méthode est préférable ?

Ici commence la polémique, et les statistiques varient avec les auteurs : Chaque méthode a ses partisans. Lihotzki, dans un chaleureux plaidoyer exalte la supériorité de l'opération en deux temps sur les procédés de Lindemann.

D'autre part, Lindemann répond en faisant publier par Schleg-tendal tous les cas opérés par lui-même.

D'après Poulet (1) et Korach (2), nous donnons les statistiques suivantes :

	OPÉRATION	Mortalité.	Nombre d'opérés	Cas suivis de mort.
D'après NEISSLER	Procédé en 2 temps.	40 0/0	5	2
	Procédé en 1 temps.	50 0/0	24	13
D'après LEISRINK	Procédé en 2 temps.	»	6	0
	Procédé en 1 temps.	8.5 0/0	12	1
D'après POULET en ajoutant le cas de M. ROHMER	Procédé en 2 temps.	8.5 0/0	12	1
	Procédé en 1 temps.	12.5 0/0	40	5

(1) POULET. — *Revue de chirurgie*, 1886.

(2) *Berliner. klin. Woch.*

D'après les données de M. Poulet, parmi les 40 opérés par le procédé en un seul temps, 5 ont succombé. Ces cinq cas ne sont pas imputables à l'opération. Il faudrait d'abord éloigner un cas où l'opérée est morte par chloroforme (Kusmin), puis deux autres cas malheureux qui sont le résultat de complications tardives. Il ne resterait donc de réellement imputables à l'intervention, que deux cas.

Ce qui ferait deux décès sur 40 opérés, de sorte que nous sommes en droit de dire que l'opération en un seul temps fait courir des dangers mortels dans une proportion réelle de 5 0/0.

Aucune autre méthode ne donne *une léthalité aussi faible*.

Le procédé en deux temps exposerait encore moins la vie. Si nous jetons les yeux sur le tableau que nous avons dressé, nous voyons que la mortalité est moindre que pour le procédé en un seul temps, et au premier abord l'opération paraît plus favorable. Lihotzky n'a pas manqué en défendant cette opération de s'appuyer sur cette considération. Mais, comme le fait remarquer judicieusement M. Poulet (1), le petit nombre relatif des opérations lui enlève assurément une grande partie de sa valeur, car il suffirait d'un cas malheureux pour élever la mortalité à 7 0/0.

Toutefois si nous reconnaissons que parmi ces opérés un certain nombre se trouvant dans des conditions excessivement graves étaient voués à une mort certaine, il faut reconnaître que ces méthodes méritent de fixer l'attention et la faveur des chirurgiens.

Si nous considérons un autre point de l'opération, la durée de la guérison, nous devons reconnaître que cette méthode est avantageuse entre toutes les autres qui exigent un temps fort long, cinq ou six mois, souvent davantage.

(1) *Revue de chirurgie*, 1886.

Ily a certainement des exemples de persistance très longue et plus d'un malade considéré comme définitivement guéri avec une petite fistulette suppure peut-être encore actuellement. Quoi qu'il en soit, sur 13 cas dont la guérison nous est indiquée, nous arrivons à une moyenne de deux mois et sept jours.



CHAPITRE III

Opération des kystes de la face concave.

Les différents procédés que nous avons examinés s'adressent de préférence aux kystes intra-hépatiques voisins de la face antérieure et du lobe gauche de l'organe, qui sont ceux que l'on rencontre le plus souvent.

Mais les avantages de la laparotomie, de l'incision et même de l'extirpation partielle ou totale dans le cas de kystes inférieurs du foie sont mis hors de doute par les succès de F. Terrier (1), Richelot, Monod, en France, Leisrink, en Allemagne.

Observation I

Une jeune fille de 19 ans, qui souffrait depuis 4 ans, dans l'hypochondre droit, s'est présentée à l'hôpital Bichat.

À l'examen de la malade, M. Terrier trouve une tumeur ronde, mobile, fluctuante, sans bosselure appréciable. L'utérus sain laissait facilement percevoir la tumeur dans le cul-de-sac droit.

i Diagnostiquant un kyste ovarique, de nature dermoïde probablement, il ouvrit le ventre d'emblée, le 6 janvier sans ponction exploratrice. Le liquide qui s'écoula était absolument limpide, et le pédicule très large, au lieu d'être en bas, était en haut et à droite adhérent au foie. Il fut fixé à

(1) TERRIER. — *Revue de chirurgie*, 1885.

l'angle supérieur de la plaie après l'excision de la poche. Quoique de la bile séreuse s'écoulât à la surface de la cicatrisation, la réparation marcha sans encombre jusqu'à guérison complète. Les suites bénignes de cette opération faite dans un autre but que pour un kyste du foie peuvent servir de mode de traitement en pareil cas.

M. Verneuil prétend qu'il eût beaucoup mieux valu employer la ponction. Elle lui a suffi dans deux cas, et si elle eût été pratiquée, la méprise n'eût pas eu lieu.

Cependant nous pouvons répondre que cette ponction, renouvelée plusieurs fois dans un autre cas où elle a servi à redresser le diagnostic, laissa une fistule intarissable.

Observation II

M. Richelot (1) a également pratiqué cette opération sur un homme de 46 ans, porteur d'un volumineux kyste.

Le malade a guéri, sauf une petite fistule.

Observation III

Le même procédé fut suivi par le D^r Monod (2) pour un kyste suppuré ponctionné à diverses reprises chez une jeune fille de 19 ans qui le portait depuis 9 ans.

La paroi abdominale divisée couche par couche met la surface du foie à nu. Elle était soulevée par le kyste intérieur, et le bistouri dut diviser une certaine épaisseur du parenchyme pour l'ouvrir. Le kyste fut vidé avec les doigts ainsi que la membrane germinative, et la poche bourrée de tampons iodoformés. Trois semaines après, le kyste était rétréci, sans un seul accident.

Selon M. Monod et nous acceptons pleinement sa manière de voir, c'est le meilleur mode de traitement en pareil cas, du moins.

M. Terrier aura donc la chance d'en avoir été l'inventeur par suite de l'erreur commise.

(1) RICHELLOT. — *Revue de chirurgie*.

(2) MONOD. — *Revue de chirurgie*.

Cette méthode est loin d'être adoptée par tous les chirurgiens. M. Verneuil, nous l'avons déjà dit, préconise sa ponction avec un gros trocart.

M. Tillaux au contraire tient pour ses flèches.

La laparotomie exploratrice ne leur semble pas devoir être érigée en règle et cette hardiesse semble réservée aux jeunes praticiens.

M. Trélat dit qu'il faut agir suivant les indications en mettant en œuvre l'une ou l'autre méthode suivant les cas.

M. Ferrand (1) a traité en 1874, un malade porteur de deux kystes hydatiques du foie ; l'un siégeait à la face convexe et donna à la ponction un liquide clair, sans albumine et sans crochets. L'autre kyste, siégeant à la face concave, était très volumineux et s'étendait jusqu'à la fosse iliaque. Il fut ponctionné à plusieurs reprises, mais sans jamais donner issue à aucun liquide. Finalement l'ouverture de cette seconde poche fut pratiquée par le procédé de Récamier. Elle permit l'évacuation d'une quantité considérable de fragments membraneux et d'hydatides.

M. Gallard (2) fait remarquer que, si la ponction du foie est le plus souvent inoffensive, elle est aussi maintes fois inefficace. A ce propos, il cite le fait d'un malade qui présentait tous les signes d'un kyste du foie. M. Richet appelé en consultation pratiqua une ponction avec un trocart assez gros. Cet instrument fut préféré à l'aiguille fine de l'aspirateur, parce que MM. Gallard et Richet se trouvaient encore sous l'impression du cas malheureux de M. Moissenet (ponction aspiratrice, évacuation incomplète, écoulement du liquide dans le péritoine, et mort par péritonite), comptaient vider ainsi complètement la poche kystique.

(1) FERRAND. — *Journal des Sociétés scientifiques*, oct. 1886.

(2) GALLARD. — *Journal des Sociétés scientifiques*, oct. 1886.

Aucun liquide ne s'écoula. L'autopsie montra néanmoins, quelques jours après, qu'il s'agissait bien de deux kystes volumineux séparés par une poche de substance hépatique. C'est précisément dans ce parenchyme intermédiaire, que ce trocart avait pénétré.

En Allemagne, Leisrink (1) a opéré plusieurs cas de kystes hydatiques de la face concave du foie, notamment chez un homme porteur de deux kystes isolés. Voici le fait :

Observation IV

Un homme, âgé de 32 ans, se présenta à l'hôpital avec une tumeur dans l'hypochondre droit. On diagnostiqua un kyste hydatique du foie. Après ponction préalable, Leisrink décida l'opération, qui fut faite le 15 octobre 1882.

Opération. — Après les préparations usuelles pour la laparotomie, le malade est ponctionné à la partie émergente de la tumeur.

On sortit 50 c. c. d'un liquide clair qui, examiné au microscope, montra la présence de nombreux crochets.

Incision de plusieurs centimètres à travers la peau, les muscles et le péritoine. Dans la plaie, apparaît la surface brunâtre du foie, elle est rugueuse au toucher. Réunion du parenchyme du foie au péritoine par des sutures solides afin d'éviter le passage du contenu kystique dans la cavité péritonéale. Pour placer les points de suture, après avoir traversé tout le péritoine, l'aiguille est poussée avant dans le foie, et, après avoir continué un demi-centimètre son chemin dans l'épaisseur du foie, parallèlement aux lèvres de la plaie, elle ressort de nouveau par le péritoine. Les fils sont noués sur un cylindre. Le sang coule du foie en assez petite quantité.

Après avoir ainsi, par ce mode de sutures, établi une séparation complète entre le kyste et la cavité du péritoine, on fait une incision, en suivant la direction du trocart introduit dans l'ouverture de ponction primitive, de plusieurs centimètres de profondeur dans le parenchyme du foie, avant d'arriver au kyste. Le sang coulait modérément, parce que le tissu du foie était sclérosé autour de la cavité kystique.

4000 c. c. de liquide clair, contenant quelques hydatides. Drainage avec tubes de 20 cent. de longueur. Pansement iodoformé.

(1) *Bert. klin. Woch.*, 1882.

Soir T. 37, 4. P. 96. R. 20. Malade va bien.

L'abdomen se laisse déprimer sans douleurs.

16 oct. — Le malade a peu dormi, douleur de l'épaule droite. T. 40. P. 120. R. 32. Pansement renouvelé. La plaie a bonne mine, le liquide secrété est sanguinolent sans mauvaise odeur. Pansement peu mouillé.

17 oct. — Le malade va bien, a dormi, pansement sec. T. 39. P. 120. R. 24. Lavage antiseptique, liquide clair.

18 oct. — T. 38, 5. P. 120 ; suppuration légère.

19 oct. — T. varie entre 38 et 39. P. 96, plein et vigoureux. Etat général satisfaisant. Lavage. Expulsion de membranes détachées des parois. Liquide d'abord clair, puis purulent, après l'expulsion des membranes.

22 oct. — T. m. 38 ; s. 39, 4. P. 96.

La percussion en avant et à droite donne un son normal depuis la ligne mamillaire jusqu'à la septième côte. La matité du foie s'étend jusqu'à 4 c. en dessous de la ligne horizontale de l'ombilic ; lorsqu'on percute le bord du foie à 2 c. sous cette ligne vers la gauche, la matité se limite juste à la ligne médiane. En changeant le malade de position, on constate un déplacement de la matité.

La palpation fait reconnaître au bord du foie par en bas une seconde tumeur.

La cavité kystique se rétracte considérablement de jour en jour ; au 15 novembre, le drain ne mesure plus que trois centimètres.

Le 20 novembre, ponction exploratrice confirmant le diagnostic. Le 23, opération d'un kyste de la face convexe par l'incision en un seul temps, etc. Guérison complète le 15 janvier 1883, c'est-à-dire trois mois après son entrée à l'hôpital.

Leisrink a obtenu aussi la guérison d'un autre kyste hydatique de la face concave par le même procédé opératoire, chez un homme qui le portait depuis 12 ans.

Observation V

En juillet 1885, Lucas-Championnière (1) opère un kyste de la face concave : on croyait à une tumeur rénale ; on trouva, après incision de la ligne médiane blanche, un kyste hydatique rattaché au bord antérieur du foie par un pédicule large de deux travers de doigt environ. Il était adhérent à la paroi abdominale, à l'épiploon, à une anse intestinale qu'il fallu dégager laborieusement. La guérison a été obtenue. L'observation ne dit pas au bout de combien de temps.

(1) *Revue de chirurgie*, 1885.

Tels sont les cas que nous avons pu réunir, ils peuvent servir de ligne de conduite, mais ils ne sont pas encore assez nombreux pour porter un jugement judicieux.

Dans un cas de ce genre, la première chose à faire, c'est d'éclairer le diagnostic par une ponction. Les plaies simples aseptiques du foie n'ont pas la gravité que leur attribuaient les anciens. D'ailleurs, nous avons vu, par l'observation de Leisrink rapportée en détail, que le parenchyme du foie plus ou moins sclérosé autour de la poche kystique ne semble pas devoir donner énormément de sang. Ce genre d'opérations demande néanmoins beaucoup de précautions et de l'habileté.

S'il existait un véritable pédicule, si le kyste énucléé, pour ainsi dire, faisait saillie dans la cavité abdominale, adhérant à la face inférieure du foie par un pédicule mince, on agirait comme dans les kystes ovariens, et le pédicule bien étreint dans une ligature simple ou double serait rentré dans le ventre ou maintenu au dehors, entre les deux lèvres de la plaie. Mais d'ordinaire la poche kystique adhère largement au foie d'où elle émerge ; on ne saurait l'en détacher sans créer une surface saignante d'une hémostase difficile. Aussi se contente-t-on, après avoir excisé la paroi du kyste, de suturer la cupule qui reste aux lèvres de la plaie abdominale, tout comme dans les ablations incomplètes des tumeurs ovariennes.

Nous avons cru bien faire de réunir à la suite de ce chapitre quelques exemples de kystes compliqués en communication avec la cavité thoracique, après avoir perforé le diaphragme.

Ces kystes ont été longtemps considérés comme inopérables et au dessus des ressources de l'art ; il semble aujourd'hui permis d'entreprendre quelque chose pour la cure de cette terrible affection sans livrer les patients aux hasards de la nature.

Israël (de Berlin) et Genzmer (de Halle) ont l'honneur d'avoir ouvert cette voie nouvelle de la chirurgie.

Observation I

En 1879, au huitième congrès des chirurgiens allemands, Israël de Berlin (1) présente une femme âgée de 33 ans qu'il a opérée avec succès d'un kyste hydatique du foie, par un nouveau procédé opératoire.

« Il était impossible d'arriver par le péritoine à atteindre le kyste, parce qu'il remontait trop haut en arrière de la paroi thoracique ; Israël, après avoir réséqué un morceau de la sixième côte, ouvrit la cavité pleurale, puis tamponna cette ouverture avec de la gaze phéniquée, afin d'amener par bourgeonnement la réunion de la paroi pectorale avec le diaphragme poussé vers le haut ; sept jours après, ouverture du diaphragme en partant de l'ouverture pleurale, et en même temps ouverture de la cavité péritonéale.

L'ouverture du diaphragme est tamponnée avec de la gaze phéniquée, afin d'amener la réunion du diaphragme avec le foie. La réunion obtenue en 9 jours, incision du foie et extraction du kyste hydatique. Drainage, avec un tube d'argent, de l'espace occupé par la cavité kystique dans la poitrine.

La guérison a lieu sans traces de pleurésie ni de péritonite en neuf semaines et trois jours. Résorption de la poche kystique.

Observation II

Genzmer (de Halle) (2) présente un cas de kyste hydatique du foie qui fut guéri comme le précédent, après résection costale, ouverture de la cavité pleurale saine et incision du diaphragme. Evacuation du liquide kystique par ponction ; il n'était pas possible d'atteindre le kyste par une ouverture abdominale à cause de sa situation. Contrairement au cas précédent, l'opération fut achevée en un seul temps. Il y avait des adhérences entre le foie et le diaphragme. Le liquide kystique qui s'était répandu dans la plèvre après l'incision de la poche fut expulsé par une injection d'acide salicylique afin de rendre l'écoulement aseptique. La guérison demanda 18 semaines.

Observation III (3)

RUPTURE DANS LA PLÈVRE

Un homme âgé de 34 ans, traité pour un épanchement pleurétique, fut reçu à l'hôpital Colentina (Bukarest), par le docteur Stoïcesco. Voussure

(1) *Berliner klin. Woch.*, p. 247.

(2) *Berliner klin. Woch.*, 1879.

(3) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, article 1340.

considérable de la région hépatique du côté de l'épanchement. Malade épuisé par l'insomnie, des douleurs hépatiques et par la fièvre depuis 3 ans.

3 ponctions exploratrices pratiquées immédiatement donnent un liquide purulent en bas, louche un peu plus haut, et absolument clair dans la région thoracique. La plèvre est épuisée entièrement cinq jours après par l'issue de 2,000 grammes de liquide purulent provenant de la région hépatique et 1,000 gr. de liquide clair de la plèvre. Une communication semble évidente. Malgré l'amélioration passagère obtenue par des ponctions successives, une incision verticale de cinq centimètres est pratiquée à droite de l'ombilic avec le Paquelin. Le kyste est ouvert 48 heures après : de nombreuses poches hydatiques sont successivement vidées et évacuées, contenant un liquide tantôt clair, tantôt purulent. La quantité totale fut de plus de 4 kilogr. L'air extérieur entraît et sortait dans la plaie comme dans l'empyème. Une rupture du diaphragme avait seule pu établir une communication entre les deux cavités. L'opéré a cependant guéri malgré la cachexie profonde, ce qui démontre une fois de plus la valeur de cette ouverture directe du foyer hépatique.

Observation IV

Service de M. Chauvel (1).

V. — KYSTE HYDATIQUE SUPPURÉ DU FOIE

Le malade, avant d'entrer dans le service de M. Chauvel, avait déjà subi deux ponctions. La première, en octobre 1881, avait donné issue, à de la sérosité albumineuse contenant des échinocoques, et dont la seconde avait donné 750 gr. de pus. Le 9 décembre, M. Chauvel fait au-dessous des fausses côtes, sur la partie la plus saillante de la tumeur, une incision de 5 ou 6 centimètres avec le thermo-cautère, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine. L'opération fut faite d'après la méthode de Lister, et on interposa entre les lèvres de la plaie de la gaze phéniquée pour les empêcher de se réunir ; 4 ou 5 jours après, quand il crut les adhérences établies, M. Chauvel fit plusieurs ponctions exploratrices par la plaie et n'obtint de pus que par deux ponctions faites à la partie supérieure et remontant derrière les fausses côtes ; aussi se décida-t-il à abandonner cette incision, et laissa-t-il la plaie se refermer. 10 jours plus tard, le malade présentant de la fièvre et la collection paraissant superficielle, au niveau du 8^e espace, il fit à ce niveau une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz qui se remplit de pus. Enfin, le

(2) CHAUVEL. — *Revue de chirurgie*, 1881.

24 janvier, une nouvelle ponction ayant encore donné plus de pus au même endroit, M. Chauvel fit dans le 8^e espace intercostal droit, avec le thermo-cautère, une incision infundibuliforme de 6 à 7 centimètres jusqu'à la paroi du kyste, qui fut ouverte avec un bistouri et donna issue à 2 litres de pus. Drainage-pansement de Lister, injection d'une solution phéniquée au 50^e, guérison lente.

Kystes hydatiques compliqués du foie.

AUTEURS ET BIBLIOGRAPHIE	SIÈGE DU KYSTE	OPÉRATION	RÉSULTATS
ISRAËL (<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1879.)	Kyste hyd. communiquant avec la cavité thoracique.	Réséction costale et pleurotomie.	Guérison 67 jours.
GENZMER (<i>Berl. Klin. Woch.</i>)	Kyste hyd. communiquant avec la cavité thoracique.	Réséction costale et pleurotomie.	Guérison 18 semaines.
LANGENBECK (<i>Centr. f. Chir.</i> , 1885.)	Kyste hyd. du foie remontant jusqu'au cou.	Thoracotomie.	Guérison lente.
GÜTERBOCK (<i>Berl. Klin. Woch.</i>)	Kyste ouvert dans le pou mon.	Réséction costale.	Guérison.
CHOQUET (<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1879.)	Kyste remontant au cou.	Thoracotomie.	Mort après 4 semaines. Erysipèle. Hémorrhagie veineuse.
WILMS (<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1879.)	Kyste remontant au cou.	Thoracotomie.	Guérison.
KOERTE (<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1879.)	Kyste remontant au cou.	Thoracotomie.	Mort.
CAYLA (<i>Reymondon, thèse Paris.</i>)	Kyste supprimé ouvert dans la plèvre.	Empyème.	Mort 9 jours après l'opération.

Sur 8 cas de kystes compliqués que nous avons pu réunir, nous constatons 5 cas suivis de guérisons et 3 suivis de décès, ce qui donnerait une mortalité de 37,5 0/0. Il faut tenir compte des complications graves de ces différents cas, qui, sans l'intervention chirurgicale, eussent amené la mort bien certainement.

Ces tentatives sont rationnelles et les dangers sont très atténués par l'antisepsie.

Au premier abord, par leur nouveauté et leur hardiesse, ces opérations paraissent un peu téméraires ; quelques années suffiront pour les faire accepter, pas comme des procédés usuels, mais comme des ressources précieuses entre les mains de chirurgiens expérimentés.

CHAPITRE IV

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Jusqu'à ces dernières années, alors que la méthode antiseptique n'existait pas en chirurgie, les différents procédés que nous avons passés en revue avaient tous une certaine raison d'être. Mais l'état actuel de la chirurgie recommande particulièrement l'incision soit en un seul temps, soit en deux temps. En effet, si nous considérons les résultats des différentes statistiques, l'incision large est celle dont la mortalité est la moins élevée.

En outre l'évacuation du contenu kystique est singulièrement facilitée par cette méthode nouvelle et les chances de récidives sont diminuées d'une façon notable ; on est beaucoup plus sûr d'amener la mort des hydatides, ou tout au moins leur expulsion. En outre l'antisepsie fait tous les jours des progrès de sorte qu'on peut dire que la mortalité atteindra un chiffre de moins en moins élevé.

D'ailleurs il faut le reconnaître, ce n'est guère que par l'application de l'antisepsie que la méthode de Récamier a pu compter des succès.

Un dernier argument tout à l'avantage de la nouvelle méthode, c'est que, dans les cas d'urgence, c'est la seule qui permette des

résultats rapides. En suivant les autres méthodes au contraire, si le chirurgien veut précipiter, il expose fatalement le patient à des dangers graves, qui disparaissent par l'emploi de la nouvelle méthode.

Enfin nous devons reconnaître qu'elle est susceptible d'être employée pour les kystes de la face convexe, comme pour ceux de la face concave, comme aussi pour des kystes compliqués.

D'après notre travail, nous croyons légitime de tirer les conclusions suivantes :

I. La guérison spontanée des kystes hydatiques du foie est un fait rare : En face d'un kyste, l'intervention chirurgicale est la règle.

II. Dans le cas de kystes superficiels dont la poche est facilement accessible, on peut employer la méthode Dieulafoy, ainsi que dans le cas de kystes ne remontant pas au-delà de 6 mois à 1 an.

III. Lorsqu'on soupçonne l'existence d'un kyste hydatique du foie, il faut pratiquer la ponction aspiratrice. Cette ponction pratiquée suivant les règles de l'antisepsie est sans dangers ; elle assure le diagnostic et l'on a plusieurs fois constaté la guérison. Mais, dès que le liquide s'est reproduit, on aura recours à la laparotomie : Une incision large sur la ligne blanche, ou suivant le cas, parallèle aux fausses côtes, donnera sur la tumeur des renseignements précis ; au chirurgien de régler sa conduite ultérieure, d'après la variété du kyste et ses conditions anatomiques.

IV. Lorsque la purulence est révélée, l'évacuation en un seul temps, rapide ou lente, se présente comme une nécessité.

V. L'état actuel de la chirurgie recommande d'une manière toute spéciale l'incision large et légitime l'opération de kystes jusqu'alors inopérables.

VI. L'Electrolyse semble devoir mériter la faveur des chirurgiens.

Vu :

Le Président de la thèse,
A. HEYDENREICH.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 20 décembre 1886,
Le Recteur,
E. MOURIN.



Index Bibliographique.

- Aran.** — *Mémoire*, 1855.
Bégin. — *Revue de chirurgie*, 1886.
Blachez. — *Gaz. hebd.*, 1868.
Boinet. — *Revue de chirurgie*, 1886.
Bryant. — *Clinical society of London*, 1878.
Cadet de Gassicourt. — *Thèse Paris*.
Chauvel. — *Revue de chirurgie*, 1881.
Dieulafoy. — *Traité complet de l'aspiration*, 1870.
Ferrand. — *Gaz. hebd.*, 1886.
Genzmer. — *Berl. klin. Woch.*, 1882.
Gosselin. — *Clinique chirurgicale de la Charité*.
Gros. — *Clinique d'Alger*.
Hauxley. — *Gaz. hebd.*, 1886.
Henrot. — *Revue de chirurgie*, 1885.
Israël. — *Berl. klin. Woch.*, 1882.
Jobert. — *Revue de chirurgie*, 1886.
Korach. — *Berl. klin. Woch.*, 1883.
Landau. — *Revue de chirurgie*, 1886.
Leisrink. — *Berl. klin. Woch.*, 1882.
Millard. — *Gaz. hebd.*, 1886.
Moissenet. — *Revue de chirurgie*.
Monod. — *Gaz. hebd.*, 1885.
Poulet. — *Revue de chirurgie*, 1886.
Récamier. — *Revue de chirurgie*, 1886.
Reclus. — *Gaz. hebd.*, 1886.
Richelot. — *Revue de chirurgie*.
Richet. — *Traité d'anatomie*.
Stoicesco. — *Journ. de méd. et chir. prat.*, (1310).
Terrier. — *Revue de chirurgie*, 1885.
Verneuil. — *Revue de chirurgie*, 1885.
Voisin. — *Gaz. méd.*, 1857, t. IV.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	1
CHAPITRE I. — Développement des hydatides	3
CHAPITRE II. — Opération des kystes de la face convexe.	9
CHAPITRE III. — Opération des kystes de la face con- cave.	50
CHAPITRE IV. — Résumé et conclusions.	60
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	63



